

Sewko, Alina

Sterbebegleitung im Alter

—

Grenzen und Möglichkeiten Sozialer Arbeit

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Sewko, Alina

Sterbebegleitung im Alter

—

Grenzen und Möglichkeiten Sozialer Arbeit

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Herr Dipl. SA/SP Michel C. Hille

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wolf

Bibliographische Beschreibung:

Sewko, Alina:

Sterbebegleitung im Alter – Grenzen und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit.

42 Seiten. 4 Abbildungen.

Rosswein, Hochschule Mittweida/Rosswein (FH) – University of Applied Sciences,
Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit 2011

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit den Chancen und den Limitierungen der Profession Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung. Hierbei wird separat näher auf den Menschen im Sterbeprozess und auf den Sozialarbeiter, sowie das Zusammenspiel von Klient und Helfer eingegangen.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt hierbei auf einer intensiven Literaturrecherche, durch welche die Fragestellungen im Laufe der Bachelorarbeit beantwortet bzw. Ansätze gefunden werden sollen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	S. 1
2	Grundlagen	S. 4
3	Die Sterbeorte	S. 7
3.1	Das Sterben zu Hause	S. 7
3.2	Die Institutionen des Sterbens	S. 8
3.2.1	Der Krankenhausaufenthalt	S. 8
3.2.2	Die Intensivstation	S. 9
3.2.3	Die Palliativstation	S. 10
3.2.4	Die Einrichtungen der allgemeinen Altenhilfe	S. 10
4	Der Sterbende und das würdige Sterben	S. 14
4.1	Die Sterbephasen	S. 15
4.1.1	Die fünf Phasen nach Kübler- Ross	S. 16
4.1.2	Andere unbekanntere Phasenmodelle	S. 22
4.2	Die Würde des alten, sterbenden Menschen	S. 22
4.2.1	Die Individualität und Auseinandersetzung des Sterbens ..	S. 23
4.2.2	Das Sterben heißt Leben	S. 23
4.2.3	Die Verschiebung von Wahrnehmungsverhältnissen	S. 24
5	Die methodischen Ansätze in der Sterbebegleitung mit alten Menschen	S. 25
5.1	Die Grundlagen der Kommunikation	S. 25
5.1.1	Die Gesprächsführung mit Menschen im Sterbeprozess ...	S. 27
5.1.2	Das Kommunikationsverhalten bei sterbenden Menschen	S. 28
5.2	Konkrete methodische Ansätze in der Sterbebegleitung	S. 29
5.2.1	Validation bei alten, verwirrten Menschen	S. 29

5.2.2	Biographiearbeit bei sterbenden Menschen	S. 30
5.2.3	Kunsttherapie mit Menschen im Sterbeprozess	S. 32
5.2.4	Rituale bei sterbenden Menschen	S. 33
5.2.5	Andere Ansätze	S. 34
6	Rolle der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung und deren Grenzen	S. 36
6.1	Sterbesolidarität als sozialpädagogische Aufgabe	S. 37
6.2	Professionelles Selbstverständnis in der Sozialen Arbeit	S. 38
6.3	Sozialpädagogisch verantwortungsvoller Umgang mit dem Sterbenden	S. 39
6.4	Auseinandersetzung mit sich selbst und deren Grenzen	S. 39
7	Zusammenfassung	S. 40
I	Abbildungsverzeichnis	S. 43
II	Quellen	S. 44
III	Selbstständigkeitserklärung	S. 46

1 Einleitung

*„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.
Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres
Lebens wichtig, und wir werden alles tun,
damit Sie nicht nur in Frieden sterben,
sondern auch bis zuletzt Leben können.“* (Cicely Saunders)

Für uns alle gelten das Sterben und der Tod als schwer fassbare Geheimnisse des Lebens. Dieses unbeliebte Thema wird in unserem Leben meist umgangen und verdrängt, da es uns die Vergänglichkeit widerspiegelt. Die Geburt und der Tod bilden einen Kreislauf des Lebens. Es gibt nichts auf der Welt was ewig besteht. Der Zyklus kann nur weiter voranschreiten, wenn das Alte zerfällt, erst dann kann Neues entstehen. Dies hat die Natur so vorgesehen.

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Lebensphase „Alter“ thematisiert, welche in Verbindung mit Sterben und Tod steht und was das Berufsfeld der Sozialen Arbeit im Bezug dazu leisten kann. Dabei geht es vordergründig um die Fragen, was für Bedürfnisse Sterbende haben und was die Profession Soziale Arbeit in der Sterbebegleitung leisten kann. Eine weitere Fragestellung ist, welche Grenzen sich in der Sozialen Arbeit auftun und welche Möglichkeiten existieren um Hilfestellung zu geben.

Menschen in der letzten Lebensphase setzen sich auf eine andere Art und Weise mit dem Sterben und dem Tod auseinander als jüngere Generationen, denn aufgrund ihres Alters besteht eine größere Nähe dazu. Es existieren „[...] gute Argumente und empirische Hinweise [...], dass im Alter und insbesondere im letzten Abschnitt des Alters die Angst vor dem Tod abnimmt oder sogar verschwindet [...]“ (siehe 4. Altenbericht, S. 330). Dies lässt sich vermutlich damit erklären, da der „[...] Tod [nun] erwünscht[er] erscheint [...]“ (siehe 4. Altenbericht, S. 330) als in den vorherigen Lebensphasen, da das Leben gelebt wurde und meist mit einer inneren Zufriedenheit einhergeht. Man muss sich ebenso vor Augen halten, dass „[d]ie ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung [...] nicht den natürlichen biologischen Alterstod zum Gegner [hat][...], sondern auf den Erhalt des durch Krankheit in seiner Fortexistenz bedrohten Lebens[...]“ (siehe 4. Altersbericht. S. 330) abzielt.

D.h., dass die Medizin sich mit Krankheiten auseinandersetzt, aber sich nicht mit lebensverlängernden Methoden beschäftigt, welche versuchen das Unausweichliche hinauszuzögern. Der bevorstehende Verlust eines Menschen beinhaltet oft einen Trauervorgang. Der Betroffene, in der Lebensphase „Alter“, kann meistens besser mit der Thematik als die Angehörigen umgehen. Soziale Arbeit benutzt verschiedene Methoden um mit dem sterbenden Menschen zu kommunizieren. So ist es möglich, die Angehörigen und den Sterbenden wieder zueinander zu führen, falls eine problembehaftete Beziehung zwischen diesen besteht.

Die Bachelorarbeit beginnt mit den Grundlagen der Thematik, welche die verschiedenen Definitionen beinhalten und somit das Grundverständnis dieser Arbeit gewährleisten. Einige dieser Schlüsselbegriffe werden in unserem normalen alltäglichen Leben selten angewendet, da sie, bereits wie oben verwiesen, auf die Vergänglichkeit zielen und dieses Themengebiet oftmals umgangen wird.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit den verschiedenen Sterbeorten und fokussiert dabei besonders das Hospiz. Dabei wird anhand eines geschichtlichen Abrisses die Veränderung im Umgang mit dem sterbenden Menschen verdeutlicht.

Cicely Saunders gilt dabei als Begründerin der modernen Hospizbewegung, aber mehr dazu in dem genannten Kapitel.

Das Thema des vierten Kapitels ist die Rolle des sterbenden Menschen und das würdige Sterben. Hier werde ich mich meinen zentralen Fragestellungen annähern. Elisabeth Kübler-Ross gilt als Begründerin der Sterbeforschung und analysierte die fünf Phasen des Sterbens, auf welche ich eingehen werde. Im Laufe der Zeit entwickelten andere Personen unter empirischen Bezügen weitere Modelle und stellten somit Frau Kübler-Ross' Sterbephasenmodell teilweise in Frage. Im Verlauf dieses Kapitels erläutere ich ebenso die Wahrnehmungsverhältnisverschiebung des Betroffenen.

Die methodischen Ansätze und damit die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit im Bezug auf die Sterbebegleitung alter Menschen werden im fünften Kapitel beleuchtet. Dabei werden ausgewählte Herangehensweisen näher betrachtet.

Das sechste Kapitel behandelt die Rolle und die Grenzen der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung. Hierbei werden die Sterbesolidarität und das professionelle Selbstverständnis mit dem Umgang des Sterbenden, sowie die Selbstpflege thematisiert.

Meiner Bachelorarbeit liegt eine intensive Literaturrecherche zugrunde. Dadurch erlangte ich ein umfassendes, theoretisches und methodisches Fachwissen. Darauf basierend konnte ich geeignete Fragestellungen ermitteln und mögliche Ansätze für die Soziale Arbeit finden.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass die verwendeten Bezeichnungen der Berufsgruppen beide Geschlechter beinhalten. Die Zielgruppe, auf die ich mich beziehen werde, beinhaltet Menschen der „dritten Lebensphase“. Wissenschaftler unterteilen diese in drei weitere Abschnitte: die jungen Alten, von 55 bis 70 Jahren, die alten Alten, von 70 – 85 Jahren und die Hochbetagten, ab 85 Jahren (vgl. Vorlesung Häußler-Sczegan & Hille vom 07.10.2008). Ich wählte diese Differenzierung, da die Erarbeitung der Thematik von Sterben und Tod im Gesamtkontext zu den Lebensaltern zu weitläufig geworden wäre.

Mir persönlich liegt das Thema 'Sterben und Tod' sehr am Herzen. In den letzten Jahren hatte ich oft Kontakt damit. So begleiteten meine Mutter – Krankenschwester – und ich meine Uroma Ilse auf ihrem letzten Weg, als diese im Alter von 93 Jahren im Krankenhaus verstarb. Dies war mein intensivster Kontakt. Ebenso begleitete ich meinen Uropa Werner, der bei sorgsamer Pflege im Haus meiner Großmutter Monika, im Alter von 86 Jahren dem Krebs erlag. Ich empfand diesen Prozess als sehr harmonisch und bewegend.

Ebenso ist mir mein Bachelorthema sehr wichtig, da ich vorhabe später in diesem Bereich tätig zu werden. Damit liegen die Beweggründe der Themenwahl sowohl im privaten, als auch im professionellen Bereich.

2 Grundlagen

Um zu Beginn ein Grundverständnis für die vorliegende Bachelorarbeit zu schaffen, ist es wichtig, grundlegende Begriffe näher zu erläutern.

Wie im Titel der vorliegenden Bachelorarbeit bereits genannt, bezieht sich diese auf alte Menschen. Diese sollen im Folgenden näher definiert werden. Die Gerontologie, auch Altersforschung genannt, ist die Wissenschaft des Alterns (vgl. Lehr, 2003). „Ihr Ziel ist es, den Prozess des Alterns hinsichtlich der medizinischen, der psychologischen, der sozialen und biologischen Zusammenhänge zu diagnostizieren, sowie Ursachen und Bedingungen des Alterns als auch fortschreitende Verhaltensänderungen, die im Lebensalter in Beziehung stehen und zu erforschen“ (siehe Rieber, 2005). Nach Angaben des vierten Altenberichtes besteht noch immer Forschungsbedarf in den verschiedensten Richtungen der Gerontologie, dies belegt ebenfalls Ursula Lehr (vgl. Lehr, 2006). Um weiter zu forschen und Ergebnisse auszutauschen findet u.a. ein gemeinsamer Kongress zwischen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie statt. 2010 tagte dieser zum zweiten Mal und es wurden Preise an Altersbiologen verliehen, somit „[...] werden alle zwei Jahre Wissenschaftler/-innen geehrt, die ein Forschungsprogramm mit hoher nationaler und internationaler Anerkennung etabliert und damit die Entwicklung der Gerontologie und Geriatrie bedeutsam befördert haben.“ (siehe <http://www.dggg-kongress.org/>, Stand: 10.12.2010). Durch die enge Zusammenarbeit beider Länder erkennt man, dass Altersforschung einen hohen Stellenwert in der Medizin, Psychologie, sowie anderen Wissenschaften besitzt. Der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie tagte in diesem Jahr zum zehnten Mal (vgl. <http://www.dggg-kongress.org/>, Stand: 10.12.2010).

Die Thanatologie ist die Wissenschaft vom Tod und dem Sterben. Diese Wissenschaft kann nur als fachübergreifende Wissenschaft angesehen werden, in welcher sich unabhängige Einzelwissenschaften ebenfalls im Ansatz mit dem Thema beschäftigen und erst in ihrer Gesamtheit eine Wissenschaft ergeben (vgl. Sewko, 2009). Sie hat die Aufgabe, „[...] menschliches Erleben und Verhalten im Zusammenhang mit dem Tod und Sterben zu untersuchen. Dazu gehört z.B. festzustellen, wie das Wissen um die eigene Sterblichkeit Bewusstsein und Handeln von Menschen beeinflusst und welche Reaktionen durch eine unmittelbare Konfrontation mit dem Tod hervorgerufen werden können“ (siehe Wörterbuch Psychologie (Begriff: ‚Thanatopsychologie‘), 2008). Die

Thanatologie ist eine sehr umfassende, aber noch nicht abgeschlossene, Wissenschaft. „Weitere Fragestellungen beschäftigen sich mit der individuellen Entwicklung von Todesvorstellungen, der Angst vor dem Tod, mit Sterbeprozessen und den psychischen Belastungen, die durch den Tod eines Angehörigen, aber auch bei Ärzten und Pflegepersonal[...]“ (siehe Wörterbuch Psychologie, 2008) ausgelöst werden können. In der Fachliteratur ist hier zu finden, dass es u.a. das Ziel ist, „[...] die psychologische Begleitung Sterbender zu verbessern.“(siehe Wörterbuch Psychologie, 2008).

Das Sterben ist ein Prozess, bei dem der Tod das Ende darstellt. Das Sterben rückt in eine zeitliche Distanz und ist ein individueller Verhaltens- und Erlebensbereich. Ebenfalls werden die „[...] Entwicklung, [die] Einstellung und [die] Meinung, sowie psychodynamische Verläufe im Hinblick auf das Sterben und den Tod beschrieben“(siehe Sewko, 2009). Im Blick auf die Gerontologie lässt sich sagen, dass der Sterbeprozess ein natürlicher Vorgang ist und in der Regel entweder durch eine Krankheit oder durch einen natürlichen Tod, dem Organversagen, hervorgerufen wird. Der natürliche Tod kann auch als Alterstod bezeichnet werden und steht somit im Fokus dieser Bachelorarbeit. „Die Pflicht jedem Menschen die Möglichkeit zu sichern in seinem Sterben ohne Einflüsse von außen „er selbst“ zu sein, wird als „ungestörter Tod“ bezeichnet.“(siehe Sewko, 2009). In der Einleitung wurde bereits erwähnt, dass ärztliche Behandlungen im Prinzip ein Eingriff gegen das Sterben sind, da der Tod im hohen Alter unausweichlich ist. Ein unverzügter Tod heißt, dass man das Sterben nicht sinnlos und vor allem aussichtslos hinauszögert. Solche Situationen sind eine Belastung für den Betroffenen. Für die Angehörigen stellen sie jedoch Hoffnung auf Besserung. Jedes Sterben und jeder damit verbundene Tod eines Menschen ist einzigartig, individuell und sehr intim.

In der medizinischen Fachsprache wird noch einmal in drei Abschnitte des Sterbens unterschieden. Der erste Abschnitt stellt die Präterminalphase dar, mit welcher die verbleibenden Wochen des sterbenden Menschen gemeint sind. Der zweite Abschnitt ist die Terminalphase, welche die letzten Tage des Betroffenen zum Gegenstand hat und der dritte Abschnitt ist der Zustand in extrimis, welcher die letzten Stunden zusammenfasst. (vgl. Kulbe 2008)

Im Folgenden werden die drei Kategorien der Sterbephasen näher beleuchtet. Die Hilfe zum Sterben ist die erste Rubrik. Man nennt dies Sterbehilfe, da es sich auf das Sterben selbst bezieht. Die zweite Kategorie ist die Hilfe im Sterben. Damit ist jener Lebensabschnitt und Zeitraum gemeint, in welchem sich das Sterben vollzieht und wird

somit als Sterbehilfe bezeichnet. Sterbebegleitung und Sterbebeistand werden für den Sterbenden als Hilfe beim Sterben angesehen. Kein Ereignis, kein Objekt, sondern der Mensch, als Subjekt, steht im Mittelpunkt des Prozesses. „Zusammenfassen lässt sich, dass die juristischen Schriften mehr mit der „Sterbehilfe“, medizinische mit [der] „Sterbebegleitung“ und die pflegerischen, sozialen, erzieherischen, seelsorgerischen, psychologischen und psychotherapeutischen mit [dem] „Sterbebeistand“ zu tun haben“ (Franco, 2006). Allein aus dieser Einteilung lässt sich sagen, welche Fachleute bzw. Organisationen welche Zielrichtung einschlagen.

Um besser spezifizieren zu können, werden als nächstes Hilfe, Begleitung und Sterbehilfe veranschaulicht. Beginnend mit der Hilfe lässt sich vergegenständlichen, dass diese bei der Unterstützung, Mitwirkung und der Förderung an Mittel und Kräfte gebunden ist. Oftmals wird die Hilfe missbraucht, da sie oft als machtvoll demonstriert wird. Damit es nicht dazu kommen kann, muss der Hilfegeber die gegenwärtige Situation reflektieren können. Der Beistand ist oft etwas statisches, was einen Zustand widerspiegelt, wohingegen die Begleitung etwas bewegtes, was über einen längeren Zeitraum stattfindet, ist. Alle drei Kategorien bilden eine Einheit, aber werden „[...] von unterschiedlichen Menschen wahrgenommen, welche sich unterschiedlichen Einrichtungen, Konzeptionen und Akzepten bedienen.“ (vgl. Sewko, 2009).

Ein Schlüsselwort dieser Bachelorarbeit ist der Begriff Sterbebegleitung. Sterbebegleitung ist die „[p]sychosoziale und medizinische Begleitung eines sterbenden Menschen durch Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter sowie Freunde und nahe Angehörige“ (siehe Wörterbuch Psychologie (Begriff: ‘Sterbebegleitung’), 2008). Ebenso sind auch andere Berufszweige zuständig, wie z.B. der Beruf des Altenpflegers. „Ziel der Sterbebegleitung ist es, Wertschätzung und emotionales Angenommen sein zu vermitteln, körperliche Schmerzen zu lindern und zum Erhalt der Würde des Menschen beizutragen. Die verschiedenen Professionen haben zu dem [...] die Aufgabe, nahestehende Menschen auf den bevorstehenden Tod vorzubereiten und sie darin zu unterstützen, den Kontakt mit dem Sterbenden aufrechtzuerhalten“(siehe Wörterbuch Psychologie, 2008).

Die Profession der Sozialen Arbeit beinhaltet ein „[...] psychologisches und pädagogisches Wissen und Kenntnisse in der Sozialgesetzgebung sowie diagnostische und beraterische Kompetenzen. Ziel sozialer Arbeit ist die Stärkung der Selbsthilfekompetenz von Menschen [...]. Entwickelt hat sich die soziale Arbeit aus der Armenfürsorge des 19. Jahrhunderts.“(siehe Wörterbuch Psychologie (Begriff: ‚Soziale Arbeit‘), 2008). Dieser Bereich wird später noch vertieft.

3 Die Sterbeorte

Nachfolgend möchte ich die Orte, an denen Menschen in der Regel sterben thematisieren und dabei vor allem auf die Sterbeorte zu Hause und das Hospiz näher eingehen. Bei den Sterbeorten gibt es nicht nur stereotypische Reinformen, sondern auch Misch- und Übergangsformen.

3.1 Das Sterben zu Hause

Das zu Hause ist die vertrauteste Umgebung eines Sterbenden. Meistens wird zuerst von da aus Kontakt mit der, für das Individuum bestmöglichen, Institution aufgenommen, um das Wohlbefinden des Menschen im Sterbeprozess zu verbessern. Es ist aber auch möglich, dass an anderen Orten der Prozess des Sterbens beginnt.

Es ist wichtig, dass innerhalb der Familie eine sinnvolle Planung, sowie ein wechselseitiges Einverständnis darüber vorherrschen, wo der Sterbende seinen letzten Weg antreten soll. Es werden sich bei den Angehörigen sehr viele Fragen aufwerfen, wo z.B. der Daueraufenthalt des Sterbenden stattfinden soll oder ob für eine adäquate Unterhaltung gesorgt werden kann. In der Regel ist es wichtig, dass zwischen dem Hausarzt des Betroffenen und der ambulanten Pflege eine funktionierende Zusammenarbeit besteht, um eine „[...] lindernde Pflege zu gewährleisten“ (siehe Sewko, 2009). Mit Hilfe dieser Kooperation ist eine Schmerzkontrolle gesichert und „[...] [s]ollte der Sterbende doch [...] in eine stationäre Einrichtung müssen oder [sogar] wollen, [dann] sollte die Familie dies nicht als Niederlage sehen, sondern viel mehr als eine Verknüpfung der Pflege“ (siehe Sewko, 2009). Es ist sehr wichtig, falls dieser genannte Zeitpunkt eintritt, dass auch Ansprechpartner für die Angehörigen vorhanden sind, damit sie beispielsweise ihre vorhandenen negativen Gefühle verarbeiten bzw. aufarbeiten können. Für ältere, sterbende Menschen ist ihr häusliches Umfeld wahrscheinlich angenehmer zu verkraften, als ein für sie fremder Ort. Auf dieser Weise sind sie im optimalsten Fall weiterhin in ihrer Familie integriert und erleben so weiterhin das „normale“ Leben in ihrem gewohnten Umfeld. So kann eine soziale Isolation, wie sie viele ältere Menschen erleben, fast ausgeschlossen werden. Durch die Hilfe der Angehörigen können dem Sterbenden Schutz und Kontrolle geboten werden. Sehr oft wollen Hochaltrige niemandem zur Last fallen und folglich „[...] muss zuerst der Empfangsprozess gegeben sein, damit der ältere Sterbende sich frei von Schuldgefühlen auf die neue Lebenssituation einstellen kann“ (siehe Sewko, 2009). Auf der anderen Seite können sich die Betroffenen mit der neuen Gegebenheit

„[...] des Sterbens vertraut machen[,] da sie wissen, dass es unumgänglich ist und haben somit eine bessere Basis als Kinder, die den Sterbeprozess[...]“ durchleben (siehe Sewko, 2009). In der schwierigen Zeit des Sterbens ziehen oft auch verschiedene Generationen unter ein Dach, d.h. dass das Kind sich um das betroffene Elternteil kümmert und es in sein Heim holt. In der Regel geschieht dies erst, wenn der Betroffene von seinem bevorstehenden Tod weiß und in Kontakt mit seinen Angehörigen tritt. Sehr oft lässt sich dabei beobachten, dass ein neuer Zusammenhalt zwischen den Familienmitgliedern stattfindet und ein „Versorgungsvertrag“ entsteht. Die neue Lebenssituation fordert die Generationen heraus und lässt sie wachsen. Es entstehen Erfahrungen und Betrachtungsweisen über das Sterben und den Tod und es kann als Bereicherung für die jüngeren Erwachsenen gesehen werden. So wird mit dem engen Kommunikationsaustausch und dem empathischen Eingehen ebenso deren Umgang geschult.

3.2 Die Institutionen des Sterbens

Es kommt nicht selten vor, dass die Versorgung des Menschen im Sterbeprozess in den eigenen vier Wänden nicht möglich ist. Verschiedene Gründe wie z.B. keine Beurlaubung des pflegenden Angehörigen oder Konflikte in der Familie lassen eine Betreuung in der Verwandtschaft nicht zu. Aus diesem Grund gibt es eine Vielzahl von verschiedenen Institutionen, wo der Sterbende versorgt werden kann.

3.2.1 Der Krankenhausaufenthalt

Betrachtet man die demographische Entwicklung der Gesellschaft in unserem Land, so lässt sich feststellen, dass die Zahl der älteren Menschen und damit einhergehend die Krankenhausaufenthalte signifikant ansteigen.

Es gilt zu verstehen, dass im höheren Lebensalter häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden. Prozentual gesehen sind es 50-75% der älteren Menschen, welche sich im Alter über 65 Jahren befinden und medizinische Leistungen in Anspruch nehmen (vgl. Schilling, 2003). „Der Anteil der älteren Menschen in der stationären Versorgung im Krankenhaus beträgt ungefähr 40 % bei stetig steigender Tendenz“ (siehe Schilling, 2003). Die älteren Patienten erscheinen im Krankenhaus weniger wegen akuter Ereignisse, sondern vielmehr wegen chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Diese Patientengruppe hat meistens ein eingeschränktes soziales Netz, da diese oft alleinstehend sind, aufgrund des Partnerverlustes im Alter, aber auch, weil die Angehörigen in der Regel berufstätig

sind oder weiter weg wohnen (vgl. Thierau, 1997). Die Krankenhausaufnahme gestaltet sich für den Betroffenen meist schwierig, da sich dieser von seiner gewohnten Umgebung trennen muss und die Vertrautheit und die Sicherheit verloren gehen. „Das gewohnte Umfeld, die vertraute Umgebung, der eingespielte Tagesablauf und die zur Routine gewordenen Aktivitäten fallen weg bzw. werden unterbrochen“ (siehe Schilling, 2003). An diese Veränderungen muss sich der Patient gewöhnen.

Die Aufgabe des Krankenhauses ist die „[...] Heilung und Behandlung des Einzelnen [...]“ (siehe Sewko, 2009). Für sehr viele ältere Menschen ist der Krankenhausaufenthalt meist einer der letzten Stationen in ihrem Leben. Sie müssen sich mit dem öffentlichen Charakter des Krankenhauses arrangieren. Sie sind jederzeit zugänglich für die Besucher und das Personal und haben wenig Privatsphäre. „Dies kann zur Belastung oder zur Entlastung des Sterbenden beitragen“ (siehe Sewko, 2009). Viele können diese Situation nur schwer verkraften.

Im letzten Jahr besuchte ich das Elblandklinikum Riesa und konnte feststellen, dass die Zimmer sehr ansprechend für die Patienten eingerichtet wurden. Ebenso waren Rückzugsmöglichkeiten für jeden Einzelnen geboten, desweiteren erkannte ich aber auch, dass das Pflegepersonal an Zeitdruck litt. Dies lässt sich damit erklären, dass „[...] sich der Umfang der zu bewältigenden fachspezifischen Aufgaben rasant gesteigert [hat] und [dieser] muss unter hohen Qualitätsanforderungen erfüllt werden“ (siehe Sewko, 2009). Die Ärzte, sowie das qualifizierte Pflegepersonal benutzen dem Patienten gegenüber eine medizinische Fachsprache und lassen den älteren Patienten zuerst mit dessen Hilflosigkeit und Verständnisproblemen allein. Um dies aus der Welt zu schaffen, müssen persönliche Gespräche geführt werden, in denen alle Fragen ruhig und sachlich beantwortet werden können. Den Angaben meiner Mutter, welche Krankenschwester ist, zufolge lässt sich sagen, dass ein Großteil des Personals trotz der professionellen Erfahrung Angst hat mit Sterbenden konfrontiert zu werden.

3.2.2 Die Intensivstation

Die Intensivstation ist eine Abteilung im Krankenhaus, auf welcher Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten bzw. Verletzungen für einen kurzen Zeitraum behandelt werden, bis ein stabiler Zustand gewährleistet werden kann. Vor allem Menschen in der dritten Lebensphase werden häufig auf diese Station verlegt, wenn sie beispielsweise Herzinfarkte, Schlaganfälle, Embolien oder andere akute Stenosen erleiden. Stürze und weitere traumatologische Verletzungen verkräftet ihr Körper

weniger als in jungen Jahren und eine Heilung benötigt längere Zeit. Auf der Intensivstation konnte ich persönlich beobachten, dass dies eine Spezialstation ist, auf welcher zum einen eine künstliche Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen und zum anderen eine besonders intensive Pflege und Betreuung gewährleistet wird.

3.2.3 Die Palliativstation

Die Palliativstation ist eine weitere spezialisierte Abteilung im Krankenhaus, auf der zumeist ältere Menschen, mit einer fortgeschrittenen unheilbaren Krankheit den Patientenstamm ausmachen. Hier werden in erster Linie die Symptome der Krankheiten gelindert. Diese Art von Station zeichnet sich anderen Krankenhausstationen gegenüber durch eine wohnlichere Gestaltung und eine ruhigere Gesamtatmosphäre aus. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden meistens nur dann angewendet, wenn eine positive Wirkung auf die Lebensqualität erzielt werden kann. Der letzte Lebensabschnitt soll für das Individuum möglichst in einer angemessenen Lebensqualität verbracht werden. Falls dies schwer möglich ist, so soll ein angemessener Raum zum Sterben zur Verfügung gestellt werden. Die Palliativmedizin entstand aus der Hospizbewegung, aber dazu mehr im nächsten Abschnitt.

3.2.4 Die Einrichtungen der allgemeinen Altenhilfe

Menschen sind seit jeher vom Leid anderer berührt und bemühen sich daher dieses zu verringern. Für jede Lebensphase existieren verschiedene Einrichtungen um Hilfe zu gewährleisten. Alte Menschen benötigen ein hohes Maß an Unterstützung, da ihre Aktivität mit steigendem Alter signifikant nachlässt. Aus diesem Grund sind verschiedene Anlaufstellen vorhanden, wie z.B. der Seniorentreff, das Pflegeheim oder das Hospiz. Diese Institutionen wurden geschaffen, damit die Menschen in der letzten Lebensphase nicht allein gelassen werden und ein Mindestmaß an Solidarität erfahren können. Für die Betroffenen kommt die Entscheidung, in ein Senioren- bzw. Pflegeheim zu ziehen, meist sehr plötzlich und unerwartet. Etwas vorbereiteter und gefasster nehmen die Menschen im hohen Alter den Weg in das Hospiz auf. In meiner Einleitung habe ich bereits darauf verwiesen, dass ich auf diese Einrichtung und deren Bewegung näher eingehen möchte.

Das Hospiz leitet sich vom lateinischen Wort ‚hospitium‘ ab und bedeutet auf Deutsch Herberge und Gastfreundschaft. Dies lässt sich durch die Tatsache erklären, dass das Hospiz in der Antike ein Gebäude des Obdachs war, in welcher Bedürftige eine

zeitweilige Bewirtung erhalten haben. In dieser Epoche wurden solche Häuser an den großen Fernstraßen der Römer erbaut und wurden von Soldaten auf der Reise genutzt. Im Mittelalter vollzog der Begriff einen Sinnwandel und wurde so verstanden, dass der Machthaber das Recht hatte mit seinen Bediensteten durch seine Untertanen beherbergt und verpflegt zu werden. Unter anderem war es die Pflicht der Klöster den Bischof auf seinen Visitationsreisen zu beherbergen. Es gab in den Klöstern einer Art Krankenabteilung, in denen die Bewohner der Umgebung hausen durften, wenn sie medizinische Versorgung benötigten. Die verbreiteten Häuser zur Beherbergung dienten Reisenden und Pilgern honorarfrei. Später übernahmen diese Gebäude auch sozial karitative Aufgaben, wie Pflege- und Hilfsdienste für erkrankte und sterbende Menschen. Zur Zeit der Reformation und der Säkularisierung wurden viele Herbergen geschlossen, jedoch haben manche Pflegegemeinschaften bzw. Pflegedienste ihre Arbeit fortgeführt. Der Name ‚hospice‘ tauchte erstmals im 19. Jahrhundert in Großbritannien auf. Zu dieser Zeit gab es aber noch nicht viele Einrichtungen dieser Art. In meiner Einleitung verwies ich bereits auf die Hospizgründerin, Cicely Saunders. Sie wurde 1918 in England geboren und arbeitete später als Krankenschwester, Ärztin und Sozialarbeiterin. Bei der Literaturrecherche bemerkt man, dass eine Bekanntschaft sie besonders inspirierte: Ein sterbender Patient namens David Tasma, den sie 1948 kennen lernte. Ab da an stellte sie sich in den Dienste der Hospizarbeit. Mit Herrn Tasma diskutierte sie oft „[...] wie sie es anstellen sollte, eines Tages ein Heim zu schaffen, welches den Anforderungen der Schmerzkontrolle und den Vorbereitungen auf den nahen Tod besser gerecht werden könn[te]“ (siehe <http://www.hospiz.org/cicely.htm>, Stand: 12.12.2010). David Tasma starb mit 40 Jahren. Cicely Saunders Ziel war es, im Laufe ihres Lebens ein Hospiz zu gründen, „[...] welches sowohl Ausbildung als auch Forschung auf dem Gebiet der Betreuung der Patienten kombinierte“ (siehe <http://www.hospiz.org/cicely.htm>, Stand: 12.12.2010). Sie erreichte ihr Ziel 1967, als ihr Hospiz St. Christopher`s Hospice in England eröffnet wurde. Der Leitsatz ihrer Einrichtung war, dass „[...] die Bedürfnisse des Patienten zu erkennen und zu behandeln [sind]“ (siehe <http://www.hospiz.org/cicely.htm>, Stand: 12.12.2010). Dies war ein neues modernes Modell für die weitere weltweite Bewegung der Hospizarbeit. (vgl. <http://www.hospiz.org/cicely.htm>, Stand: 12.12.2010)

Ihre Mitstreiterin im Geiste, Elisabeth Kübler-Ross, war genau wie sie eine Kämpferin gegen die Euthanasie und erst durch ihre Hilfe wurde die Entwicklung der Hospizbewegung vorangetrieben, da sie die Situation der Sterbenden publizierte und somit an die Öffentlichkeit herantrug.

In Deutschland wurden die Hospizeinrichtungen zuerst skeptisch aufgenommen. Dies lässt sich damit erklären, dass sie in einen Zusammenhang mit der Euthanasie und dem zweiten Weltkrieg gebracht wurden. Man verband das Prinzip des Hospizes mit dem „Wegsperrn“ der sterbenden Menschen, welche unter sich sein sollten. So entstand die Assoziation mit den jüdischen Ghettos. Offiziell wurde zu dieser Zeit noch nicht viel in den Medien über die Hospizarbeit verbreitet. Erst ab 1980 gelang es vereinzelt Personen und Vereinen Einrichtungen zu erbauen, die sich mit dem Menschen im Sterbeprozess näher auseinandersetzten und deren Lage verbessern wollten. Ab 1990 etablierte sich in Deutschland dann mehr und mehr der Begriff der Hospizeinrichtungen. Im Laufe der Jahre stieg auch die Zahl der Hospize, jedoch muss man erwähnen, dass bis heute der Bedarf noch bei weitem nicht als gedeckt angesehen werden kann (vgl. Nitzsche, 2009).

„Überregionale Vereinigungen [...] fanden sich unter dem Dachverband der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zusammen, die sich als bundesweite Interessenvertretung in Deutschland versteht“ (siehe Nitzsche, 2009). Die Hospizgeschichte hat nicht nur eine weitere Verbreitung des Hospizgedankens zum Aufgabenbereich, sondern auch die „[...] Förderung von Kooperation, Fortbildungs- sowie Öffentlichkeitsarbeit und Forschungsprojekte[n] [...]“ (siehe Nitzsche, 2009).

Das Wort Hospiz bezeichnet nicht nur ein neues Berufsfeld, sondern ebenso ein einzigartiges Konzept. Palliativstation und Hospiz ähnelt sich zwar sehr, besitzen aber genau so wichtige Unterschiede. Der Hospizbereich lässt sich in einen stationären und in einen ambulanten Hospizdienst einteilen. Frau Saunders erkannte, dass sehr viele ältere Menschen den Wunsch besitzen, weiterhin in ihrem eigenen zu Hause betreut zu werden und entwickelte aus diesem Grund ihr Konzept weiter. Der ambulante Hospizdienst arbeitet mit den Pflegediensten und den Hausärzten zusammen. Dieser ambulante Hospizdienst wird primär von ehrenamtlichen und sekundär von hauptamtlichen Mitarbeitern ausgeführt, wie z.B. im Caritasverband für das Dekanat Meißen e.V. zu beobachten ist. Die stationären Hospize haben zum hohen Teil nur eine geringe Zahl an Betten zur Verfügung und der Pflegeschlüssel liegt vergleichsweise hoch. Die medizinische Versorgung der Menschen im Sterbeprozess erfolgt über interne Ärzte bzw. Hausärzte, welche Kenntnisse in der Palliativmedizin besitzen. In diesen Einrichtungen arbeiten auch Sozialarbeiter, Krankenschwestern und ehrenamtliche Mitarbeiter. Ältere Menschen stellen den größten Anteil der Leistungsempfänger im Hospizbereich dar. Ob eine ambulante bzw. eine stationäre Einrichtung in Frage kommt, hängt ganz von der gesundheitlichen Situation des Bedürftigen ab.

Im Jahr 2008 sind in Deutschland ca. 845.000 Menschen verstorben (vgl. <http://www.destatis.de>, Stand: 13.12.2010). Rund 60% dieser Verstorbenen hätten dabei den Hospizbereich in Anspruch nehmen können bzw. sollen, was klar als negativ zu werten ist. „Nur jeder Fünfte von ihnen hat tatsächlich eine Form dieser Versorgung erhalten. Im Einzelnen wurden rund 23.000 Menschen in einem stationären Hospiz begleitet, 44.000 auf einer Palliativstation versorgt [...] und 39.000 Menschen [...] wurden von ehrenamtlich arbeitenden ambulanten Hospizdiensten begleitet“ (vgl. HPCV-Studie 2010). 2009 gab es bundesweit 165 Hospize.

	Verstorbene, die palliative und hospizische Begleitung benötigen	Begleitungen in stationären Hospi- zen	Begleitungen auf Palliativ- stationen	Begleitungen durch SAPV- Teams	Begleitungen durch ambu- lante Hos- pizdienste	Menschen ohne pallia- tive und hospizische Begleitung
absolut	506.663	22.886	44.427	4.000	38.897	396.453
bezogen auf den Ge- samtbedarf	100%	4,5%	8,8%	0,8%	7,7%	78,2%

Abb. 1: Ambulante Hospizdienste 2009

Die aktuellste HPCV-Studie von Dezember 2010 fasst zusammen, dass noch lange nicht der eigentliche Bedarf gedeckt wird. In Abbildung 1 (vgl. Abb. 1) erkennt man, wie viele Menschen (vor allem ältere Menschen) die palliative und hospizische Begleitung benötigen und wie viele diese wirklich erhalten. Diese Zahlen sind alarmierend und zeigen, dass beispielsweise in der Öffentlichkeitsarbeit noch viel getan werden muss.

Die HPCV-Studie wurde von der Patientenschutzorganisation ‚Deutsche Hospiz Stiftung‘ veröffentlicht. Diese Stiftung ist eine Stiftung für schwerstkranke und sterbende Menschen. „Sie kämpft bundesweit für deren Interessen, Wünsche und Bedürfnisse“ (siehe <http://www.hospize.de/werwirsind.html>, Stand: 13.12.2010) und hilft bei Fragen weiter. Diese Stiftung fordert, dass das „[...] Konzept „Hospiz“ [...] in die bestehende Regelversorgung integriert werden [...]“ und dass „[...] [j]eder pflegebedürftige Mensch [...] eine individuelle und ganzheitliche Pflege erhalten [...]“ (siehe HPCV- Studie 2010) muss. Weitere Forderungen sind in dem Sonder-Hospiz-Info-Brief 3 von 2010 vorzufinden.

4 Der Sterbende und das würdige Sterben

Jeder Mensch hat Grundbedürfnisse, welche es zu erfüllen gilt. Nach Maslow existieren dabei fünf Stufen. Die erste Stufe ist das körperliche Grundbedürfnis, welches Schlafen, Essen, Trinken und Wärme beinhaltet. Als zweite Ebene wird die Sicherheit genannt, die sich im Bezug auf die Unterkunft und Gesundheit widerspiegelt. Die sozialen Bedürfnisse werden als dritte Stufe genannt, in der z.B. ein intaktes Familienverhältnis ein großer Wunsch ist. Die vorletzte Ebene ist die des Anerkennungsbedürfnisses, in der Wertschätzung und Respekt einzuordnen sind. Die fünfte Stufe ist die der Selbstverwirklichung, d.h. dass der Mensch seine Talente frei entfalten kann und nach Perfektion strebt (siehe Abb. 2).



Abb. 2: Die Bedürfnispyramide nach Maslow

Der sterbende Mensch hat ebenso Bedürfnisse wie ein gesunder Mensch. Dieser möchte z.B. im Sterbeprozess „[...] nicht unter starken körperlichen Beschwerden, z.B. Schmerzen, leiden müssen[...]“ (siehe Burgheim, 2010). Ebenso ist zu beobachten, dass der sterbende, alte Mensch „[...] nicht alleine gelassen werden [...] [und] an einem vertrauten Ort mit vertrauten Menschen sterben [...]“ (siehe Burgheim, 2010) möchte. Wiederrum gibt es auch Sterbende, die ihre Angehörigen im Sterbeprozess gerade nicht um sich haben möchten, da die sich sonst schwerer vom Leben lösen können. Für diese intime Situation benötigt der Betroffene Vertrautheit, Sicherheit und vor allem ein ruhiges Umfeld. Ein weiteres Kernbedürfnis wäre z.B. die „[...] Hilfe bei der Auseinandersetzung [...] [mit] unerledigten Dinge[n] wie z.B. [dem] Testament [...]“ (siehe Burgheim, 2010) oder auch Familienkonflikten. Aufgrund von nicht gesagtem oder auch durch Streitereien kann sich der Sterbende nicht vollständig auf

seine Situation einlassen. Ein anderes Anliegen von alten Menschen im Sterbeprozess ist „[...] [d]as Stellen der Sinnfrage [...]“ (siehe Burgheim, 2010). In der Regel haben Menschen in der dritten Lebensphase diese meist bereits auf ihrem Lebensweg mit sich selbst geklärt. In der nächsten Abbildung werden die Grundbedürfnisse des Sterbenden noch einmal im Überblick aufgezeigt. Hinzugefügt werden muss, dass dieses Bedürfnisgefühl nicht bei jedem gleich auftritt, d.h., dass z.B. manche Bedürfnisse mehr Gewichtung als die anderen haben. Umso mehr sich der Mensch im Sterbeprozess befindet, desto mehr lässt sein Selbstachtungsbedürfnis nach. Um diese Thematik in ihrer Komplexität gänzlich erfassen zu können, ist es wichtig die Bedürfnispyramide der sterbenden Menschen (siehe Abb. 3) zu kennen und zu verstehen. Der Sozialarbeiter bzw. die Sozialarbeiterin muss sich bewusst sein, dass dies nur ein grobes Schema darstellt, welches es mit jeder einzelnen Person individuell zu gestalten gilt.

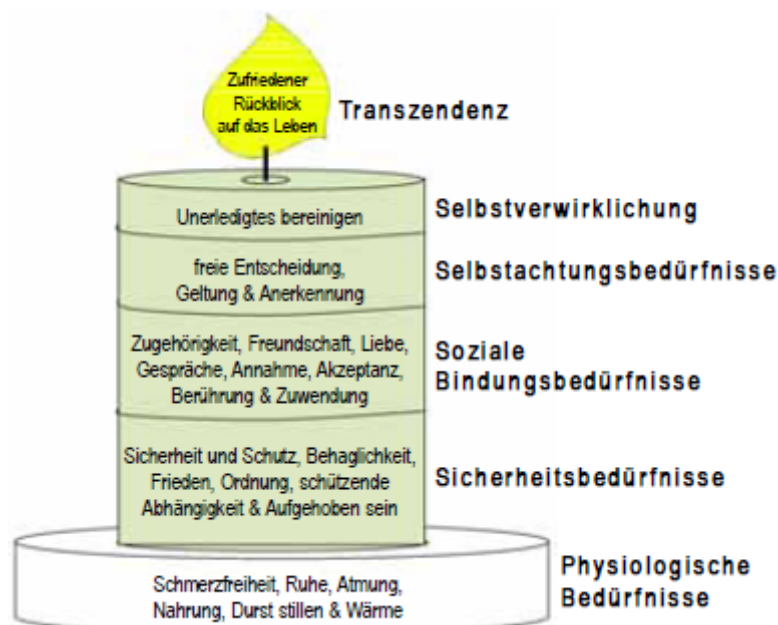


Abb. 3: Die Bedürfnispyramide des sterbenden Menschen

4.1 Die Sterbephasen

Im Hinblick auf die Erdgeschichte misst unser Leben nur eine sehr kurze Zeitspanne. Und der Augenblick des Sterbens ist schwer zu fassen und wenn man ihn hat, dann vergeht er im Verhältnis zum Leben schnell. Wir Menschen strukturieren unser Leben und sind immer auf der Suche und teilen unsere Lebensabschnitte ein. Aus diesem Grund ist es auch verständlich, dass wir „[...] Krisen- und Trauerprozesse zu erschließen versuchen, besonders in einer Zeit, in der die Sozialwissenschaft versucht,

Lebenszusammenhänge nach Gesetzmäßigkeiten zu erforschen.“(siehe Burgheim, 2010).

Das Buch „Interviews mit Sterbenden“ von Frau Kübler-Ross ist für die breite Öffentlichkeit ein sehr bedeutsames Buch, denn es thematisiert das Thema Sterben und Tod und war erstmals für alle Bevölkerungsschichten 1971 in Deutschland verfügbar. Bis zu dieser Zeit wurde dieser Sachverhalt nicht derart intensiv diskutiert und somit war das Buch ein Tabubruch. Die Autorin vermittelte mit diesem Buch den Helfenden Sicherheit im Umgang mit den oft nicht verständlichen Verhaltensweisen von den Menschen im Sterbeprozess und den Mut auf sterbenskranke Menschen zuzugehen und sie aus ihrer entstandenen Isolation zu holen. Herr Student meint, dass die Sterbephasen auch im Alltag in abgeschwächter Form auftreten. Wenn man z.B. seinen Geldbeutel verliert oder seine Arbeitsstelle verliert durchlebt man die Trauerphasen. Dieses Phänomen der Sterbephasen tritt demzufolge nicht nur bei Menschen im Sterbeprozess auf. Mittlerweile treten auch andere gekürzte bzw. längere Modelle auf. Man darf sich nicht wundern, wenn die Trauer- bzw. Sterbephasen öfters aufgegriffen werden, denn somit kann man vieles näher erklären, verstehen und unterstützen (vgl. Student, 2007).

4.1.1 Die fünf Phasen nach Kübler-Ross

Seit Frau Kübler-Ross ihr Wissen publizierte, beschreibt der Großteil der Fachliteratur ihre Sterbephasen, welche auf fünf reduziert wurden. Man kann diese somit als Norm ansehen. Ein damit einhergehendes Problem ist, dass sich Menschen, die die Phasen anders erleben, fragen, ob sie noch normal sind. Dies birgt Risiken, denn jedes Sterben ist individuell zu betrachten und somit kann es auch sein, dass manche Phasen übersprungen werden bzw. gar nicht vorhanden sind. Ebenso können sie in Schüben kommen oder sich verlängern. Man muss sich auch vor Augen halten, dass jede feste Form auch ein fertiges Konstrukt ist. Die Abläufe sind Formen der Umwandlung seelischer Zustände. Hierbei geht es nicht um überprüfbare Leistungen, sondern um Veränderungen, Neuorientierung und Verstehen der neuen Situation. Der Sterbeprozess ist ein dynamischer und kein statischer Zustand. Auf der einen Seite, wenn man die erlebten Phasen herausarbeitet, so gibt es der betroffenen Person mehr Gewissheit, dass das was sie erlebt hat durchaus normal ist. Auf der anderen Seite kann der Helfende durch die Phasen den Weg des Sterbenden besser nachvollziehen (vgl. Burgheim, 2010).

Frau Kübler- Ross beschreibt die fünf Phasen der seelischen Entwicklung eines schwerkranken Menschen:

Die erste Phase ist das Nichtwahrhabenwollen. Die betroffene Person erhält die Nachricht, dass diese bald sterben wird. Zunächst ist sie schockiert und wird es nicht wahr haben wollen. Sie wehrt die furchtbare Nachricht ab. In dieser Phase suchen kranke Menschen Rat bei anderen Ärzten und haben Hoffnung. Viele Menschen leben ihr Leben einfach weiter und signalisieren, dass sie die Nachricht nicht annehmen. Die Seele hält uns eine Schutzfunktion bereit, welche uns vor emotionaler Überlastung schützt. Diese erste Phase kann immer wieder auftreten, vor allem, wenn neue Nachrichten über die Krankheit, z.B. ein Rückfall oder ein Voranschreiten, auftreten.

Die zweite Phase ist die des Zorns. Für den Helfenden ist diese Phase wahrscheinlich die unangenehmste. In dieser Zeit ist mit dem kranken Mensch schwer zu arbeiten. Die Person fühlt sich selber wohler, wenn diese der Verzweiflung und der Wut Raum geben kann. Der betroffene Mensch säubert seine Seele dadurch. Die Angehörigen, die Ärzte und andere Helfende sollten den Zusammenhang zwischen der Krankheit und dem Zorn erkennen und können demzufolge besser auf den Klienten eingehen und ihn anerkennen. Es ist wichtig, dass der Sozialarbeiter bzw. Sozialarbeiterin zwischen den Gefühlen des Klienten und deren eigenen unterscheidet. In dieser Phase kommt es zwischen dem Klienten und den Angehörigen nicht selten zu Beziehungsbrüchen. Oft fallen in der zweiten Phase Sätze wie: „Warum denn gerade ich?“ oder „Wieso ist Gott ausgerechnet zu mir so ungerecht?“.

Die dritte Phase ist das Verhandeln. Frau Kübler- Ross erläutert, dass diese Phase nur recht flüchtig stattfindet. In der Rolle des Helfenden hat man den Eindruck, dass sich der kranke Mensch zum Teil mit seiner Situation abgefunden hat. Auf den Helfenden wirkt die betroffene Person umgänglicher, aktiver und entspannter. Der Klient beginnt mit Gott und der Welt zu verhandeln. Wenn-Sätze sind sehr typisch. Wenn etwas noch stattfinden kann, dann folgt meist ein Versprechen, damit es geschieht. Wenn dies dann stattfand, tauchen weitere neue Ziele auf, welche der erkrankte Mensch erreichen möchte. Somit lässt sich sagen, dass der Klient das Zugesicherte, dann wieder vergessen wird. Als Helfender sollten wir uns vor Bewertungen hüten. Hilfreich wäre, dass man sich selber betrachtet und sich beispielsweise seine Vorsätze für das letzte Jahr vor Augen hält. Es gibt nichts, was man bei der sterbenden Person zu bewerten hätte. Es ist des Sterbenden individuelle Zeit. Als helfende Person kann man mit dem Klienten ein Stück mitgehen und realistische Hoffnungen zulassen. In der dritten Phase

verklingen oft Sätze wie: „Wenn ich noch die Geburt meiner zweiten Enkeltochter erleben darf, dann werde ich...“.

Die vierte Phase ist die der Depression. In dieser Zeit wirkt der erkrankte Mensch deprimiert und traurig. Für den Helfenden ist die Depression einer der größten ansteckenden Gefühle mit der es achtsam umzugehen gilt. Die Person kann sich oft zurückziehen und hat Angst, sie weint viel und wirkt in sich gekehrt. Für den Außenstehenden ist diese Phase wahrscheinlich am besten nachzuvollziehen. Man muss behutsame Wege zum Betroffenen einschlagen, damit man förderlich sein kann. Frau Kübler-Ross unterscheidet zwei Gesichtspunkte der vierten Phase. Als erstes ist die Depression als Reaktion auf die wahrgenommenen Verluste einzuordnen. Der Verlust an körperlicher Vitalität, von persönlichen Chancen und von nicht Nachholbaren, welches durch die Krankheit vereitelt wurde, erschüttert die Person. Wie oft verschiebt man Wünsche auf später und bemerkt, dass man hätte diese erfüllen sollen? Menschen, welche krank sind, haben in dieser Phase meist ein hohes Mitteilungsbedürfnis. Sie möchten gehört werden und möchten ihre Gedanken preisgeben. Es tut ihnen gut, wenn man ihnen aktiv zuhört – das sollten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, sowie andere Helfende allgemein bei Trauernden praktizieren. Wenn der Helfende versucht, diese zu trösten, dann schließt er nicht selten die Kommunikation des Sterbenden.

Als zweiter Gesichtspunkt ist die vorbereitende Depression zu nennen, wie sie Frau Kübler-Ross bezeichnet. Hierbei handelt es sich um die noch bevorstehenden Verluste. Der Verlust der irdischen Existenz. Diese Form ist eine ruhigere Form des Trauerns. Häufig ist die erkrankte Person stark in sich gekehrt und nicht mitteilungsfreudig. Der Helfer muss ruhig anwesend sein, das gemeinsame Erleben aushalten, auch der Tränen und geduldig zuhören.

Frau Kübler-Ross beschreibt auch die Probleme, die in dieser vierten Phase zwischen dem kranken Menschen und dessen Angehörigen, Ärzten und Helfenden aufbrechen können. Der Klient möchte vielleicht in dieser Zeit nicht mehr um sein Leben kämpfen, obwohl alle Anderen noch Hoffnung sehen. Helfende Professionen können hierbei den Angehörigen unterstützen, dass diese Phase des depressiven Rückzugs wichtig für den sterbenden Menschen ist. Dieser wird sich meist auf die fünfte Phase vorbereiten.

Die letzte und demnach fünfte Phase ist die der Zustimmung. Der größte Teil - aber nicht jeder - der todkranken Menschen erreicht diese letzte Phase. Wenn diese Stufe erreicht wurde, beginnt der letzte Abschnitt. Der Mensch im Sterbeprozess kämpft nicht

mehr und hat dem Schicksal zugestimmt, dass das Leben enden wird. Für den Außenstehenden wirkt dieses Stadium ruhig und leicht gefühllos. Der Betroffene hat oftmals nicht mehr den Drang Besucher zu empfangen. Er ist kaum noch gesprächsbereit. Der Helfende ist in dieser Phase nur noch als stiller Beteiligter gefordert. Die sinnvollste Kommunikation ist die des Schweigens. Stille auszuhalten. Es ist wichtig, dass der Helfende den Angehörigen Aufmerksamkeit schenkt. Diesen muss erläutert werden, dass dieser Rückzug des erkrankten Menschen nicht bedeutet, dass er sie ablehnt oder gar zurückweist. Die Person im Sterbeprozess ist nun auf sich konzentriert und möchte die irdische Welt verlassen. Dies stellt eine unnötige Überforderung dar, zumal Angehörige die ähnlichen Phasen wie die Sterbenden durchmachen. In dem Buch „Verstehen, was Sterbende sagen wollen“ von Frau Kübler-Ross erläutert sie, dass es beispielsweise auch Sterbende gibt, welche sich nicht vom irdischen Sein trennen können, solange nichtgesagtes nicht geäußert wurde oder weil die Angehörigen diese nicht los lassen. Es mag schwer klingen, aber vielleicht gelingt es den Verwandten dem Sterbenden eine Art Erlaubnis zu geben, damit diese sorglos sterben können.

Hoffnung ist mehr oder weniger in allen Phasen vertreten. Trotz aller Diagnosen wünscht sich der Patient Heilung und rechnet mit einem Wunder. Für die Helfenden, welche der Situation realistisch gegenüberstehen, ist dies schwer auszuhalten. Falls dies der Fall ist, dann gilt es dem sterbenden Menschen seine Hoffnung zu lassen. Sehr oft ist diese Hoffnung nur auf die Erleichterung von Beschwerden gerichtet oder was nach dem Tod kommt. Dem Menschen im Sterbeprozess nützt dies persönlich um Kraft zu schöpfen. Die Sozialarbeiter nehmen eine Vermittlerfunktion ein. Wenn nämlich die Hoffnungen der Angehörigen in eine ganz andere Richtung gehen, als die des Sterbenden, dann muss vermittelt werden. D.h., dass die Menschen, welche die Profession besitzen, durch aktives Zuhören behilflich sind, die jeweils andere Seite besser zu verstehen (vgl. Student, 2007).

Bei älteren, sterbenden Menschen wirken die Phasen etwas anders. Sie sind sich ihrer Endlichkeit bewusst und nehmen Krankheitsnachrichten realistischer auf als beispielsweise junge Heranwachsende. Zum Teil vermischen sich die Phasen und häufig fehlen Teile des Sterbeprozesses bei den älteren Menschen. Beispielsweise kann die erste Phase bei dieser Gruppierung ganz fehlen, da sie sich bereits mit dem Sterben und dem Tod auseinandergesetzt haben. Die Phase des Zorns wird z.B. seltener durchlebt, da die Akzeptanz des Todes bereits stattgefunden hat. In der letzten Phase, die der Zustimmung, erwartet der Sterbende seinen bevorstehenden

Tod. Ältere Menschen, welche ein erfülltes Leben hatten, fällt dies in der Regel weitaus leichter als es bei jüngeren Personen der Fall ist, denn der Tod von Bekannten, Familienmitgliedern oder Bezugspersonen tritt meist häufiger auf.

4.1.2 Andere unbekanntere Phasenmodelle

Es wurden noch weitere, weniger bekannte Phasenmodelle des Sterbeprozesses erstellt z.B. von H.R. Zielinski, M. Pattison und A. Weismann. Hierbei ist ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Modellen vorhanden. Alle Modelle sind nicht streng nacheinander ablaufend, sondern können überspringen, auslassen und wiederholen. Jedes Sterben ist individuell zu betrachten.

Herr Zielinski bearbeitete und ergänzte Frau Kübler-Ross' Modell, indem er eine letzte Phase nach seinen gewonnenen Erfahrungen hinzufügte. Diese nannte er die metaphysische Phase. Seiner Meinung nach geschehen die Phasen nicht nacheinander, da diese auch zurück und durcheinander ablaufen können. Nach seiner Ansicht hängen die Sterbephasen eng mit der Thematik des Schmerzes zusammen. Demnach misst er auch der Aufgabe der Schmerzlinderung eine große Bedeutung bei. Er definiert vor allem den physischen, den psychischen, den sozialen, den finanziellen und den spirituellen Schmerz. Je nachdem wie stark der Schmerz ausgeprägt ist, werden nach Herrn Zielinski die Phasen erlebt. Die letzte Phase, welche er hinzugefügt hat, ist geprägt von der Erkenntnis, dass der Mensch sterben wird und somit seinen individuellen Kampf beendet hat. Nach diesem Punkt entsteht bei dem Menschen im Sterbeprozess oft der Wunsch sich mit der spirituellen Seite auseinanderzusetzen. Die betroffene Person möchte von seinem Helfer Fragen geklärt bekommen, um somit eine Vorstellung für das Kommende zu erhalten. Somit erhält der Mensch im Sterbeprozess Trost und Austausch. In der Regel haben ältere Personen ihren spirituellen Weg schon gefunden, sie möchten diesen gegen Ende ihres Lebens häufig bestätigt bekommen, damit in ihnen eine innere Zufriedenheit herrscht.

Der Psychiater Pattison hingegen beschrieb den Sterbeprozess in drei Phasen. Im ersten Stadium wird die Nachricht einer lebensbedrohlichen Erkrankung an den Betroffenen herangetragen, welcher in eine akute Krise gerät und mit Panik reagiert. Diesen Zustand des Betroffenen kann man durch Krisenintervention und emotionaler Unterstützung entgegenwirken. Der zweite Abschnitt dauert häufig am Längsten an. Es entstehen bei dem Menschen im Sterbeprozess konkrete Ängste wie z.B. die Angst vor Leiden. Hierbei kann das Sterben erleichtert werden, wenn die betroffene Person ihre Ängste aufarbeitet. Die letzte Phase, das terminale Stadium, ist nach Herrn

Pattison durch Desinteresse und Rückzug des Sterbenden gekennzeichnet. Jeder Mensch reagiert anders im Angesicht des Todes, ältere Menschen sind jedoch ihrer Endlichkeit bewusst und wissen, dass sie nicht ewig leben. Demzufolge nehmen sie die erste Phase meistens in einer abgeschwächten Form bis hin zu einer nicht akuten Krise wahr.

Das letzte Modell, welches an dieser Stelle vorgestellt werden soll, ist das von dem Psychiater A. Weisman. Dieser beschreibt ebenfalls drei Phasen, welche ein sterbender Mensch durchschreitet. In dem ersten Stadium bemerkt der Betroffene erste beunruhigende Symptome, wie z.B. schlechtes Atmen bei einer Herzschwäche. Der erkrankte Mensch täuscht sich häufig selbst und verzögert den Arztbesuch solange wie möglich. Die nächste Phase beinhaltet die Diagnosemitteilung und eine intensive Behandlung. Der Betroffene pendelt zwischen Verneinung und Annahme. Der letzte Abschnitt beginnt nach Herrn Weismann mit der Aufgabe zur Heilung seitens der Mediziner. Der Tod rückt näher und der Sterbende kann sein Sterben annehmen.

An dieser Stelle möchte ich eine Bewertung zu den Modellen abgeben. Wer selbst mit Sterbenden arbeitet, wird bemerken, dass die Modelle in dem Sterbeprozess auftauchen. Die Phasenmodelle können dem Begleiter somit helfen, die Verhaltensvorgänge bei dem betroffenen Menschen zu erklären und zu verstehen. Wie bereits oft erwähnt, ist jeder Tod individuell zu betrachten. Die Phasen sind kein Schema, nachdem es sich zu verhalten gilt. Die Einzigartigkeit des Menschen steht weiterhin im Vordergrund. Zielinski erläutert am deutlichsten, dass die Sterbephasen nicht nacheinander abfolgen, sondern genauso auch gleichzeitig oder auch durcheinander und zurückspringen können. Trotzdem sind die Modelle eine Orientierungshilfe für den Helfenden und zum besseren Verstehen des erkrankten Menschen. Somit lassen sich psychische Belastungen des Sterbenden besser nachvollziehen. Die Modelle werden trotz dessen oft kritisiert. Der Leser erkennt schnell, dass die eigentliche Individualität der einzelnen Person nicht beachtet wird. Der Mensch, welcher durch sein Umfeld geprägt ist, hat verschiedene Verhaltensweisen. Die Eigenschaften der Person, die über die Jahre gesammelten Erfahrungen, genauso wie die Glaubensfrage werden in den Modellen außer Acht gelassen und demnach objektiviert.

4.2 Die Würde des alten, sterbenden Menschen

Demographisch gesehen spricht man von einer Vergreisung der Gesellschaft und von vielen Problemen, die mit der Überalterung einhergehen. Weniger Geburten, dafür eine längere Lebensdauer. Dies birgt Konflikte in sich. Alte Menschen können schlecht selbst zu dem wirtschaftlichen Aufschwung beitragen, sei es durch weitere Berufsjahre, was mit steigendem Alter aufgrund von Gebrechlichkeiten nicht mehr zu vereinbaren ist. Aus diesem Grund können sie in wirtschaftlicher und materieller Hinsicht nichts mehr zu der Gesellschaft beitragen. Eine Hypothese wäre, dass alte, sterbende Menschen aus den vorher genannten Gründen entbehrlich sind. Aber damit dies nicht geschieht, ist im Grundgesetz Artikel 1(1) verankert, dass „[d]ie Würde des Menschen [...] unantastbar [ist]. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (siehe Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 2007). Die Würde und das Recht auf Leben, sowie ein Teil des Ganzen zu sein, ist somit für die alten, sterbenden Menschen bewahrt. Wenn man diesen Konflikt in anderen Ländern beobachtet, so bemerkt man, dass diese versuchen das Problem anders zu lösen und zwar mit medizinischen Mitteln. In den Niederlanden z.B. existiert die aktive Sterbehilfe. Es lässt sich vermuten, dass dieser Staat versucht sein soziales und menschliches Problem auf diese Art und Weise zu lösen (vgl. Burgheim, 2010). „Aktive Sterbebegleitung bedeutet: Alten Menschen wird über kurz oder lang ihre Menschenwürde genommen.“ (siehe Burgheim, 2010). Sterbebegleitung bedeutet für mich auf natürlichem Weg den Betroffenen zu begleiten, Schmerzen zu lindern und soziale Bedürfnisse zu befriedigen. Aktive Sterbebegleitung beinhaltet für mich hingegen einen negativen Aspekt und zwar den des gezielten Herbeiführens des Todes durch tödliche Medikamente.

Menschenwürdiges Sterben wird sehr oft mit der Selbstbestimmung und der körperlichen Selbstständigkeit in Verbindung gebracht. Hierbei muss man aufpassen, da Menschen nicht nur die Würde besitzen, wenn alle Ich-Funktionen noch aktiv zu verzeichnen sind. Sterbende besitzen diese meist nicht mehr, da sie meist nicht mehr über den eigenen Körper verfügen können. Es wäre fatal dann von würdelos zu sprechen. Denn menschenwürdiges Sterben heißt, dass dem Menschen seine Unantastbarkeit auch in dem Zustand des Sterbeprozesses noch zugestanden wird. Die Diskussionen reichen weit. Wenn der Mensch im Sterbeprozess ein Teil der aktiven Sterbehilfe wird, so lässt sich zum Teil sagen, dass ihm seine Würde genommen wird, da über Leben und Sterben entschieden wird. Prinzipiell ist diese Diskussion sehr schwer zu leiten, da man sich immer wieder vor Augen halten muss, dass jedes Sterben und jeder Tod sehr individuell zu betrachten ist und aus diesem

Grund kann man schlecht eine gemeinsame Meinung finden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Würde dasjenige ist, das geheimnishaft da bleibt oder einfach nur über uns steht, wenn der Körper und der Geist zerfallen (vgl. <http://www.monikarenz.ch>, Stand: 09.12.2010).

4.2.1 Die Individualität und Auseinandersetzung des Sterbens

Jeder setzt sich mit der Sterbeproblematik anders auseinander, egal ob es sich um junge bzw. alte, gesunde oder erkrankte Personen handelt. Wenn man dies im Bezug auf die ältere, gesunde Generation sieht, dann setzt sich diese mit der Thematik von Sterben und Tod mit einer betonten Realitätsorientierung und Selbstbehauptung auseinander. D.h. dass sie sich ihrer Endlichkeit bewusst sind und dies in der Regel als selbstverständlich ansehen. Unsere momentanen alten Alten und Hochaltrigen haben die Zeit des zweiten Weltkrieges mit durchgestanden und teils auch dem „Tod ins Auge“ gesehen. Somit wurden erste persönliche Berührungspunkte gesetzt, welche ihnen aufzeigten, dass der Tod greifbar und das Leben endlich ist. Viele ältere Menschen sind davon derart traumatisiert, dass sie diese Erlebnisse nie aufarbeiten konnten und jetzt noch immer ununterbrochen davon erzählen. Sie entgegneten ihrer Furcht zum Sterben und dem Tod mit ihren eignen Kompetenzen im Umgang mit der Endlichkeit. Jedes persönliche Erlebnis und dessen Bewältigung mit dem Sterben und dem Tod liegt von der spezifischen biographischen Konstellation und des jeweils spezifischen Netzwerkes ab. Es ist möglich eine Typologie zu erschaffen, welche das Instrument einer Annäherung an die Individualität als solches ist (vgl. Lehr, 2010). Eine professionelle Methode wäre dabei die Biographiearbeit, dazu jedoch später mehr.

Folglich entspricht dem individuellen Leben ein individuelles Sterben.

4.2.2 Das Sterben heißt Leben

Das Sterben ist der zum Tode hinführende Prozess und demzufolge mit dem Ende verbunden. Der Sterbeprozess bedeutet aber nicht, dass die betroffene Person nicht mehr Teil des Lebens ist. Wir können schlecht nachvollziehen was Schwerstkranke bzw. Sterbende wirklich erleben. Wir gehen davon aus, dass sie Ängste, Frustrationen, Wut und Schmerz durchleben. Aber dies muss nicht der Realität des sterbenden Menschen in der Todesnähe sein. Man bemerkt auch, dass sich diese Person zunehmend im Geiste woanders befindet, sie nimmt anders wahr als der gesunde Mensch. Frau Herbst, eine Sterbebegleiterin, schilderte mir, dass viele Angehörige Berührungsängste gegenüber den Betroffenen haben. Oft schießt ihnen der Gedanke

in den Kopf, dass der Angehörige schon nicht mehr da ist – nicht mehr Mensch ist, da er sich vom Wesen her ganz anders verhält, als wie er es im gesunden Zustand tat. Wenn sich der Angehörige jedoch auf die Situation einlassen kann, so erlebt er etwas Besonderes. Man wird ergriffen von der Gegebenheit.

Der sterbende Mensch ist mehr als nur ein vorhandener, daliegender Körper. Wenn der Angehörige seinen Verwandten vor sich sieht, finden sehr oft noch Bereinigungen und Abschiede statt. Durch so ein Erlebnis finden Menschen die das Leben verneint haben wieder zum Leben bejahenden Zustand zurück. Sie und die Person im Sterbeprozess entdecken ihre Urangst sowie ihr Urvertrauen in sich wieder. Ebenso existieren Menschen, welche im Leben eine starke, harte Persönlichkeit hatten und nun in dieser Situation untereinander beziehungsfähig werden. Nach Frau Herbst überwiegt der beziehungsfähige Teil den egoistischen. Menschen wachsen in solchen Lagen auch über sich hinaus oder lernen dazu. Auch wenn der Sterbeprozess zum Tode führt, heißt es nicht, dass man in dieser Phase nicht mehr mit dem Betroffenen kommunizieren kann. Er ist noch ein Teil des Lebens. Durch persönliche Erfahrungen habe ich miterlebt, dass der Sterbende noch sehr gut sein Umfeld wahrnehmen kann. Er reagierte mit verändertem Atem, Mimik und schnellerem Herzschlag. Ich forschte bereits damals nach und fand eine Studie „Zeugnisse Sterbender“, welche meine Eindrücke belegte (vgl. Renz, 2008).

4.2.3 Die Verschiebung von Wahrnehmungsverhältnissen

Wenn der sterbende Mensch die Todesnähe spürt, dann befindet er sich meist schon im Übergang. In der Studie „Zeugnisse Sterbender“ wurde auch belegt, dass von 600 Sterbenden bei 149 Wahrnehmungsverschiebungen auftraten. Sie hatten beispielsweise das Gefühl vom freien Fall oder Verlorenheitserlebnisse. Das Gefühl der menschlichen Identität und dem zu Hause ging verloren oder auch das Gefühl für räumliche und zeitliche Verhältnisse. Ein verändertes Zeiterleben z.B. heißt, dass für den Betroffenen alles wie eine Ewigkeit vorkommen kann oder ein verändertes Raumerleben heißt dass er z.B. den Raum nicht mehr von der Person im Zimmer unterscheiden kann. Für ihn herrschen ganz neue ungewohnte Gesetze. Für den gesunden Menschen mag dies schwer vorstellbar sein, aber dem sterbenden Menschen hilft es, wenn wir ihn im Ansatz verstehen. Bei verwirrten Personen ist es wichtig, dass wir als Begleiter ihre Bilder oder ihre Rede für uns einordnen und somit einen Sinnzusammenhang erstellen können. Es ist wichtig, dass die Methode der Validation genutzt wird, denn erst dann fühlt sich der verwirrte Mensch verstanden. Für

Angehörige wirkt dies vielleicht würdelos oder auch unsinnig, aber für den betroffenen Menschen ist dies weit mehr. Ob nun die Person im Sterbeprozess die Worte richtig verstehen oder auch nur den Stimmfall wahrnehmen kann, bleibt leider ungeklärt. Es beruhigt sie jedoch, wenn sie jemanden um sich haben und das Gefühl haben, dass sie nicht alleine sind.

Es ist wichtig, dass die Angehörigen, der Pflegende und der Betroffene die neue Situation verstehen und respektieren lernen, um füreinander dazu sein und Ängste zu nehmen.

5 Die methodischen Ansätze in der Sterbebegleitung mit alten Menschen

Die Soziale Arbeit besitzt, genauso wie andere Professionen, methodische Ansätze, welche wiederum Handlungskonzepte beinhalten. Dies bedeutet, dass die Art und Weise des Vorgehens in den jeweiligen Situationen, wie Lösungen von Problemen oder die Bewältigung von Lebenskrisen, dokumentiert und systematisiert sind. Somit hat der Helfer zwar ein Raster, muss aber jeden Fall individuell betrachten.

In den folgenden Abschnitten werden ausgewählte methodische Ansätze in der Sterbebegleitung alter Menschen beschrieben. Im Fokus dieses Kapitel befinden sich die Methodik der Validation, die Kunsttherapie, die Rituale und die Biographiearbeit bei alten und/oder verwirrten Menschen.

5.1 Die Grundlagen der Kommunikation

Es existieren in der modernen Kommunikationspsychologie zwei sehr bekannte Grundmodelle der zwischenmenschlichen Kommunikation: das von Paul Watzlawik und das von Schulz von Thun. Im Folgenden wird nur das Modell Watzlawiks näher beschrieben und lädt zu eigenen weiteren Recherchen ein (vgl. Burgheim, 2010 – Roland Hoffmann).

Das einfache Modell besteht aus einem Sender, der dem Empfänger eine Nachricht zukommen lässt. Um dies umzusetzen bedarf es eines bestimmten Codes. Der Sender codiert die Nachricht, d.h. dass er z.B. die Nachricht in deutscher Sprache übermittelt, damit es allgemein verständlich wird. Der Empfänger hingegen decodiert die

verschlüsselte Nachricht. Er versteht das Gesagte mit Hilfe seiner Sprachkenntnisse. Falls jedoch die Mitteilung falsch übersendet wird bzw. der Adressat diese nicht versteht, kann es zu einer Gesprächsblockade kommen.

Watzlawik fügt in seinem Modell fünf Axiome hinzu. Diese sind nicht direkt nachweisbar, aber zeigen die innere Beschaffenheit der Kommunikation. Das erste Axiom besagt, dass „man nicht nicht kommunizieren kann“. Der Mensch ist ein soziales Wesen und sendet somit immer Signale – sowohl verbaler als auch nonverbaler Art. Das zweite Axiom besagt, dass „[j]ede Kommunikation [...] einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt derart [hat], dass letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist“ (siehe Burgheim, 2010). Mit jedem Satz tauscht man einen Sach- und einen Beziehungsinhalt aus. Wenn die Beziehungsebene stimmig ist, werden Inhalte in der Regel besser verkräftet als umgekehrt. Das dritte Axiom besagt, dass „die Natur einer Beziehung durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt ist“. Es kommt im negativsten Fall zur Verwechslung von Ursache und Wirkung. Die Probleme werden hin- und hergeschoben. Im vierten Axiom heißt es, dass sich die ‚menschliche Kommunikation digitaler und analoger Modalitäten bedient‘. D.h. dass die Kommunikation eine verbale und eine nonverbale Seite besitzt. Falls diese nicht übereinstimmen sind diese inkongruent zueinander. Das fünfte Axiom besagt, dass die „zwischenmenschlichen Kommunikationsabläufe entweder symmetrisch oder komplementär sind“. Symmetrische sind partnerschaftliche, gleichberechtigte Kommunikationsabläufe und komplementäre sind Gespräche von Personen zwischen zwei verschiedenen Rangebenen (vgl. Burgheim, 2010).

5.1.1 Die Gesprächsführung mit Menschen im Sterbeprozess

Das Basiswissen von der Kommunikation sowie der Interaktion ist die Voraussetzung der Überbringung von schlechten Nachrichten. Wenn man dieses Hintergrundwissen hat, heißt dies allerdings nicht, dass das Gespräch dem Sterbenskranken bzw. den Angehörigen zwingend gelingt. Der Betroffene darf selbst entscheiden, mit wem er kommunizieren möchte. In der Hospizarbeit ist ein funktionierendes Team maßgebend, welches auf die Bedürfnisse des Sterbenden eingeht. Häufig bringt der Arzt die Diagnose an, welche der Mensch im Sterbeprozess besitzt. Es ist Medizinern zu empfehlen, eine Weiterbildung in Gesprächsführung zu absolvieren. Dadurch fühlen sie sich häufig sicherer in der Kundgebung der Nachricht und der Sterbende erfährt noch Lebensqualität, um nicht jede Hoffnung zu verlieren. Falls der Arzt an dieser Fortbildung nicht teilgenommen hat, dann sind diese oft unsicher, ohnmächtig in der

Gesprächsführung und verschweigen zum Teil die Folgen, Auswirkungen, sowie die Wahrheiten. Sie üben sich in Phrasen und leiten sie an Kollegen weiter bzw. lassen die Betroffenen alleine.

Vor dem eigentlichen Gespräch sollte der Helfer die fünf W-Fragen beantworten: Wie?, Wo?, Wann?, Warum? und Was?. Beispiele dafür wären: Wie soll das Gespräch stattfinden? Wo soll es geschehen? Diese sind hilfreich. Bei der Vorbereitung auf den Dialog ist es achtsam ebenfalls über Gerüche nachzudenken. Der Sterbende kann keinen Abstand von dem Helfenden nehmen, falls er zu viel nach Parfüm bzw. Nikotin riecht. Der Helfer muss dem Betroffenen somit ein angenehmes Klima schaffen. In dem Moment der Sterbebegleitung muss sich der Helfer von der Alltagshektik befreien. In dieser Zeit gilt es, ein neues Zeitverständnis anzunehmen und sich auf das Lebenstempo des Betroffenen einzustellen, um ihn nicht zu belasten bzw. zu überraschen. Die erste Begegnung beginnt mit dem ersten Augenkontakt. Falls dieser bei dem Sterbenden jedoch getrübt ist, so kann man ihn ruhig ansprechen, um ihn auf den Helfer vorzubereiten. Falls der Betroffene in seiner Häuslichkeit begleitet werden möchte, so spricht der Helfer diesen bereits von der Tür aus an, um seine Privatsphäre zu wahren und sich dementsprechend anzukündigen. Die Mimik und Gestik werden als Ausdruck für den Dialog gesehen, d.h. unser Gegenüber empfindet unser Verhalten entweder als stimmig oder als kontrovers. Nicht nur unsere Worte können ausdrucksstark sein, sondern auch unser nonverbales Auftreten. Dies kann den sterbenden Menschen positiv in seiner Lebensqualität beeinflussen.

Die Thematik des Sterbens ist eine sehr persönliche, welche den betroffenen Menschen entblößt und der er machtlos gegenüber steht. Genau ist es wichtig zu wissen, welchen genauen Tagesrhythmus der Sterbende hat. Schmerzfremde Intervalle sind für Gespräche am angebrachtesten. Wenn der Mensch im Sterbeprozess leidet, ist er selten bereit für den Kommunikationsaustausch, da seine Priorität auf seinem Körper liegt. Das Nähe-Distanz-Verhältnis ist ein Balanceakt, welcher zu einer guten Gesprächsführung führen kann. Wer zu viel Nähe gibt, kann den Sterbenden ‚erdrücken‘. Wenn jedoch zu wenig Nähe gegeben wird, heißt es, dass der Helfer den Weg nicht mitgeht. Authentizität ist wichtig, denn Sterbende reagieren häufig sensibel auf ihr Umfeld. Wie viel Wahrheit kann man einem Sterbenden in dieser Phase vermitteln? Dies gilt es in einem multidisziplinären Team zu besprechen unter Einhaltung der Schweigepflicht. Oft wird auch die Frage gestellt, ob es nicht sinnvoll wäre, ein Stück der Wahrheit zu verschweigen. Oft wird vor der Aufnahme in ein Hospiz die Frage der Wahrheit thematisiert bzw. erörtert. Nach den Erfahrungen in den Hospizen wird deutlich, dass die Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Tod

von großer Bedeutung ist. Denn erst dann wird für den Betroffenen verständlich, was noch alles zu klären, zu verabschieden und loszulassen ist. Es gibt natürlich auch viele Beispiele von Verdrängungen, obwohl der Sterbende mit der Wahrheit oft konfrontiert wurde. Der Hospizhelfer hat nicht die Aufgabe das Gesagte noch einmal zu wiederholen, sondern zuzuhören. Der Helfende hat dem Menschen im Sterbeprozess mit seinen Gefühlen zu begleiten. Irgendwann später wird die Wahrheit wieder zugelassen. An dieser Stelle ist es wichtig zuzuhören und aufzunehmen sowie zu reflektieren. Für den Sterbenden kommen dann Fragen auf, wie z.B. was er noch möchte, wie er es möchte und wer da sein soll sowie noch weitere (vgl. Burgheim, 2010).

5.1.2 Das Kommunikationsverhalten bei sterbenden Menschen

Wenn man die Thematik Sterben und Tod betrachtet, so erkennt man, dass dies noch ein gesellschaftliches Tabu-Thema ist. Aus diesem Grund wird zu gesunden Lebzeiten selten bzw. gar nicht davon gesprochen und eine Auseinandersetzung ist so gut wie nicht möglich. Häufig erkennt der Betroffene erst in der Situation seine Ängste. Ein gutes Gespräch wird sich dabei nicht auf das Wissen um die Gesprächstechniken reduzieren lassen, sondern der Sterbende wird im positiven Fall erkennen, dass er von dem Helfenden wertgeschätzt wird. Sehr oft geschieht hier das Senden einer Nachricht, welche häufig durch das Fehlen anderer Möglichkeiten der Übermittlung, durch den Blickkontakt, aber genauso durch Gestern, wie einer veränderten Körperhaltung geschehen. Die Mimik, wie z.B. lächeln oder weinen, kann zu spontanen, verschieden ausgeprägten Reaktionen führen. Die Mehrheit der Patienten versucht durch nonverbale Kommunikation ihre Gefühle, wie Hilflosigkeit und Schmerz, auszudrücken. Nonverbale Botschaften sind den verbalen überlegen und in dem Bedürfnis sollten die Menschen im Sterbeprozess nicht alleine gelassen werden. Wenn man dies auf die aktive Sterbehilfe bezieht, dann kommt der Wunsch bei den Menschen im Sterbeprozess erst gar nicht auf. Wenn sie das Gefühl haben, dass ihre körperlichen und seelischen Schmerzen durch eine gute Betreuung gelindert werden, fühlen sie sich nicht hilflos, sondern umsorgt. Der Betroffene muss das Gefühl erhalten, dass er in seiner Situation wahrgenommen wird. Der Helfer muss die Kompetenz des Zuhörens besitzen. Dieses Gesprächsverhalten lässt sich, nach Hofmann, erlernen. Das Konzept beruht auf der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers. Positive Wertschätzung, Empathie, Authentizität und Verbalisierung der emotionalen Erlebensinhalte sollte der Sterbende in einem offenen Gespräch stets erfahren. Zuhören ist die zentrale Voraussetzung für das Gespräch. Die nonverbale

Kommunikation des Sterbenden, zeigt häufig seine inneren Gefühle. Für den Helfenden werden diese jedoch subjektiv wahrgenommen, da sie auf persönlichen Erfahrungen beruhen. Frauen werden z.B. strenger bewertet als Männer, die kein ausdrucksstarkes und herzliches nonverbales Verhalten zeigen. Neben dem Blickkontakt ist die Bewegung des Mundes eines der wichtigsten Instrumente der Mimik. Ein Lächeln deutet dabei beispielsweise auf ein positives Gemüt hin und ist dem Gespräch dienlich. Symbol- und Traumsprachen mögen es sein, welche das Nichterleben von Unaussprechlichem möglich machen. Gemeinsames Assoziieren und phantasieren kann zur Suche nach Sprach- und Wortbildern helfen und Trost spenden (vgl. Burgheim, 2010).

Die Sterbebegleitung ist meist ein Kommunikationsproblem, welche anhand des Wissens um die Gesprächsführung und den Ansätzen der Methodik zur Kommunikation verhelfen kann (vgl. Burgheim, 2010).

5.2 Konkrete methodische Ansätze in der Sterbebegleitung

Es existieren, neben den vier von mir ausgewählten methodischen Ansätzen, noch eine Vielzahl von weiteren Ansätzen in der Sterbebegleitung bei alten Menschen. Diese sollen im letzten Punkt kurz erwähnt werden.

5.2.1 Validation bei alten, verwirrten Menschen

Naomi Feil und Nicole Richard haben den Begriff der Validation am meisten geprägt. Zwischen 1963 und 1980 erarbeitete Frau Feil die Validationsmethode, welche dem Helfer als Unterstützung im Umgang mit verwirrten Menschen dient. Validation bedeutet für sie, dass man das Individuum akzeptiert, wie es ist und unterstützt den alten Menschen mit seinen persönlichen Zielen. Validationsziele sind nach Frau Feil: die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls, die Reduktion von Stress, das Lösen der ungeklärten Konflikten aus der Vergangenheit, die Reduktion chemischer und physikalischer Zwangsmittel, die Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation, die Verhinderung eines Rückzugs in das Vegetieren und die Verbesserung des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens. Frau Richard überarbeitete das Modell für deutsche Institutionen. Validieren heißt wertschätzen, annehmen und akzeptieren. Im Umgang mit den verwirrten Menschen bedeutet dies, dass eine Atmosphäre von Sicherheit, Geborgenheit und Zugehörigkeit aufgebaut wird, um die Defizite des Erkrankten auszugleichen. Es gilt mit der verwirrten Person ein Milieu zu schaffen, wo Ängste abgebaut werden können. Im Laufe der Zeit nehmen die

kognitiven Fähigkeiten ab, das Gedächtnis geht verloren, das Erkennen vertrauter Personen nimmt ab, Orientierungslosigkeit nimmt zu und die Kontrolle der Gefühle geht verloren. Die Methode der Validation bedeutet, dass man den Betroffenen ernst nimmt und nicht in die Realität zwingt, welche der verwirrte Mensch nicht mehr wahrnehmen kann. An diese Stelle erkennt man die Bedeutung der Biographiearbeit. Eine intensive Zusammenarbeit mit den Angehörigen bzw. Vertrauten wird bei der Sterbebegleitung der Erkrankten empfohlen (vgl. Burgheim, 2010). „Eine würdevolle und vertraute Beziehung zum älteren Menschen zu entwickeln setzt eine ressourcenorientierte Sichtweise der begleitenden Menschen voraus“ (siehe Burgheim, 2010). Die Methode nach Frau Richard bedient sich vier Punkten für eine integrative Validation: das Gefühl, den Antrieb des Demenzkranken wahrzunehmen; die Gefühle und Antriebe anzunehmen, zu akzeptieren, wertzuschätzen und in kurzen und direkten Sätzen dem Betroffenen ein Echo zu geben; ein allgemeines Echo wiederzugeben in der Form eines Sprichwortes, Liedes oder auch Volksweisheit, welche der verwirrte Mensch eventuell erkennt; das Lebensthema zur Findung von Schlüsselwörtern oder auch das Erkennen von Antrieben zu nutzen und einzubinden (vgl. Burgheim, 2010). Der verwirrte, sterbende Mensch erlebt den Sterbeprozess anders als ein Gesunder. Das Gedächtnis kann bereits über Jahre defekt sein und die Trauer bei den Angehörigen bereits jahrelang bevor der Mensch stirbt eintreten. Die akute Verwirrtheit kann ebenso in den letzten Minuten des Sterbens auftreten. Ursachen dafür können Dehydrierung, starke Schmerzen u.v.m. sein. Bei der Sterbebegleitung bei Menschen mit Verwirrtheit heißt es, dass die oben genannten Punkte Voraussetzung für den Umgang sind. Sie durchleben viel häufiger Ängste und fallen sehr oft in den Sterbephasen zurück, da diese nicht oder nur bedingt in der Lage sind, sich selbst zu reflektieren. Trotzdem gilt es, die Würde und die Autonomie zu erhalten. Fragen wie: „Wie kann ich Ihnen helfen?“, zeigen, dass der Betroffene Entscheidungsrechte behält. Der Helfer plant mit ihm die Pflege und ermutigt zur Selbstpflege. Die Gefühle sollten vom Pflegenden ausgehalten werden und dieser sollte eine positive Stimmung ausstrahlen. Zuwendung, Zeit und Zärtlichkeit lindern die Ängste des verwirrten Menschen (vgl. Burgheim, 2010).

5.2.2 Biographiearbeit bei sterbenden Menschen

Die Biographiearbeit ist zum Teil in der Validation verankert. Die Vergangenheit ist dem erkrankten Menschen bekannt und der Helfer kann Informationen über dessen Gefühle, Antriebe, Vorlieben und Gewohnheiten finden und erkennen. Orte, Erinnerungen und Menschen aus der Zeit vor der Verwirrtheit sind häufig fassbar. Nicht

nur die erzählten Geschichten des Individuums sollen wiedergegeben werden, sondern der Autobiograph soll versuchen sich genau zu erinnern und die durchlebten Lebenssituationen neu ordnen. Somit entsteht der rote Faden im Leben für den verwirrten, sterbenskranken Menschen. Verdrängte Zeiten und deren Konflikte werden vom Autobiographen noch einmal durchlebt, aber nur soweit wie er es möchte. Aus dem Erzählen der Lebensgeschichte entsteht ein Dialog und dieser führt aus dem Raum des Krankenzimmers und der damit verbundenen Isolation. Der Helfer kann in der Biographiearbeit Schuldgefühle des Betroffenen erfahren oder Ereignisse speichern und wiedergeben. Der Sozialarbeiter kann Erzähltes vom Betroffenen z.B. auf Video aufnehmen oder mit dem Sterbenden einen Abschiedsbrief schreiben, welcher den Angehörigen Trost spendet. Bei der Thematisierung des Lebens können Krisen relativiert werden. Das Versagen oder auch die Schuld des Betroffenen kann verarbeitet werden. Man kann versuchen mit dem verwirrten Menschen eine Lebenskurve zu erstellen, welche Höhen und Tiefen aufzeigt. Dasselbe geht auch mit einem Baum. Der alte, verwirrte Mensch kann seine Verbundenheit mit Personen, Dingen oder Ereignissen über die Wurzeln darstellen und die Blüten könnten für seine Erinnerungen stehen. Familienalben zeigen nahestehende Personen und eventuell zeigt der Mensch im Sterbeprozess Reaktionen auf diese. So können Versöhnungsgespräche entstehen. Tagebücher, Dokumente, Zeitungsausschnitte oder sogar Rezepte von ihm können den verwirrten Menschen ansprechen. Das Ziel für den Sterbenden ist es nicht eine Zukunftsperspektive zu schaffen, sondern die Vergangenheit abzurunden und nicht erledigte Aufgaben eventuell noch abzuschließen. Versöhnungsprozesse oder auch Kreationen für den bevorstehenden Tod sind somit möglich. Durch das Erinnern, Wiederholen und neuem Durcharbeiten der Ereignisse werden der durchlebte Schmerz und die Trauer aus einer anderen Distanz bearbeitet. Vor allem Menschen die Kriege durchlebten, täte es gut, wenn Tragödien nochmals angeschaut und aufgearbeitet würden. Denn sehr oft wird das Sterben eines Kameraden oder auch das Töten des Feindes verdrängt. Durch die Biographiearbeit kann die Schuld erlebbar gemacht werden. Ebenso existieren bei manchen sterbenden Menschen extreme Sichtweisen. Falls das Leben angeblich nur negative Seiten parat hatte, so können durch gezielte Fragen des Helfers auch die positiven aufgezeigt werden und somit zu einer ausgeglichenen Bilanz führen. Dem Leben des Sterbenden kann durch ihn ein Lebensmotto, eine zentrale Aussage oder einen Auftrag für die Nachkommen gegeben werden (vgl. Burgheim, 2010 - Erich Grond).

5.2.3 Kunsttherapie mit Menschen im Sterbeprozess

Die Kunsttherapie ist eine relativ junge Therapieform in der Sterbebegleitung bei alten Menschen. Hierbei liegt die besondere Bedeutung für den sterbenden Menschen in der spezifischen und persönlichen Symbolkraft des Bildes. Diese Methode kann als äußerliche Auseinandersetzung des innerlichen seelischen Zustandes gesehen werden. Das Bild ist sichtbar und bleibt es. Der durchlebte Zustand kann immer wieder angeschaut werden und ungesagtes kann visualisiert werden. Aus diesem Grund ist diese Therapieform mit Farbe und Blatt sehr sinnvoll in der Begleitung von Sterbenden. Für den Klienten selbst ist vor allem die Bildentstehung bzw. Bildfindung von Bedeutung. Für den Menschen im Sterbeprozess heißt dies, der inneren Befindlichkeit ein Abbild zu geben, welches in einer häufigen Symbolsprache verwendet wird. Der Schmerz und die Angst werden in der Realität preisgegeben und verarbeitet. Vor allem für Menschen im Sterbeprozess, welche nicht mehr sprechen wollen oder können, ist diese Therapie passend. Ein Gespräch zwischen dem Helfer und dem Betroffenen über das entstandene Werk bringt den Austausch und Bearbeitung von Informationen mit sich. Symbole und Bilder haben mehrdimensionale Deutungsebenen und aus diesem Grund ist der Kommunikationsaustausch wichtig, da es um die Wahrheit des Klienten geht. Die Symboldeutung besitzt in der Sterbebegleitung keine allgemeingültigen Leitlinien, eindimensionale Deutungen sind dabei unangebracht. Es gilt zu verstehen, dass der Prozess für den einzelnen Sterbenden die Bewältigung mit dem Thema sein kann. Oft fällt dem Sterbenden kein beschreibendes Wort für den Zustand ein, aber eine Symbolsprache, die er in einem Bild festzuhalten vermag. Die Wahrnehmung des Menschen im Sterbeprozess und dessen Bild sollte der Helfer in sensiblen, stützenden Gesprächen wiedergeben. Die Farbsymbolik ist in diesem Fall nicht angebracht. Die entstandenen Bilder sollen kein Deutungsmaterial darstellen, sondern vielmehr einen Anlass zum Erzählen für den Betroffenen darstellen. Die Kunsttherapie ist eine Bereicherung für die Begleitung sterbender Menschen. Unterschiedliche Methoden, wie das Bereitstellen von Bildmaterial, welches der Betroffene für seine momentane Situation aussucht und bearbeitet oder der Einsatz von persönlichen Fotos, helfen ihm sein Inneres zu verbildlichen und dies kann wiederum an die Biographiearbeit anknüpfen. Für interessierte Menschen im Sterbeprozess wäre ein Tagebuch, welches künstlerische und textliche Aspekte aufweist, von Bedeutung, da es für den Bewältigungsprozess eine Rolle spielen kann. In seiner letzten Lebensphase kann er sein Kunstwerk noch einmal betrachten, resümieren und weiß, dass etwas von ihm bleiben wird. Genau so helfen Collagen, sowie das Tagebuch das Leben abzurunden und die Lebensgeschichte den

Angehörigen zu hinterlassen. Es existieren noch weitere Möglichkeiten für die Kunsttherapie, jedoch sollten die Angebote von den Sterbebegleitern selbst ausprobiert worden sein, um einen sicheren Umgang mit den Medien zu besitzen. Trotz alledem sollen die Angebote für die Klienten offen sein, damit dieser sich individuell entscheiden kann, wie er arbeiten möchte (vgl. Burgheim, 2010 – Lisa Niederreiter). Die kreative Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Tod ist eine Möglichkeit der Hilflosigkeit und dem Ausgeliefertsein in einer aktiven Weise etwas entgegenzusetzen. Unter anderem führen häufig bildnerische Arbeiten zur Beruhigung und Entspannung. Im positiven Fall gewinnt der Betroffene Abstand zu den negativen Stimmungen des Sterbeprozesses. Die Kunsttherapie hat auch eine katharische Wirkung, d.h. dass der Klient sein Leid auf das Bild abladen und mit seinen blockierten Gefühlen besser umgehen kann (vgl. Burgheim, 2010 – Lisa Niederreiter).

5.2.4 Rituale bei sterbenden Menschen

Rituale entstehen häufig innerhalb einer engen, sozialen Gruppe, z.B. in der Gesellschaft oder in der Familie. Diese geben der Gemeinschaft in schwierigen Situationen Halt und Sicherheit. „Rituale in engerem Sinn sind bewusst eingesetzte Verhaltensformen, um Veränderungen und Krisen zu bewältigen und um sich mit dem „Größeren“ zu verbinden“ (vgl. Burgheim, 2010 – Birgit Janetzky). Riten wiederum sind von der Gemeinschaft festgelegte Verhaltensweisen, welche im Jahreskreislauf bzw. an die Wendepunkte im Leben verknüpft sind. Rituale tragen Gefühle mit sich und das damit verbundene Grundvertrauen in die Welt, wo immer sie auch stattfinden. Sie wandeln das Unterbewusstsein ins Bewusstsein um. Ebenso können sie zur Gewohnheit werden und zur Nachahmung ohne Verständnis werden. Das bekannteste Ritual im Bezug auf Sterben und Tod in unserer Kultur ist die der letzten Ölung aus der katholischen Kirche. Es wird jedoch aufgrund von neuen theologischen Einstellungen nicht mehr als Sterberitual bezeichnet, da es dem Todeszeitpunkt immer näher gerückt ist. Das Krankenabendmahl wird in der evangelischen Glaubensrichtung praktiziert. Die rituelle Waschung kommt aus der muslimischen Tradition, der Sterbende wird auf die rechte Seite Richtung Mekka gelegt und die Sterbesure und das Glaubensbekenntnis gesprochen. Jede Glaubenskultur benutzt ihre eigenen Rituale. Ebenso kann zusammen mit den Angehörigen ein persönlicher Abschiedsritus gestaltet werden. Gemeinsames Singen oder das Spielen eines bestimmten Liedes lädt die Angehörigen zum Gemeinschaftsgefühl ein. Sie fühlen, dass sie zusammen sind. Vor allem ältere Menschen freuen sich, wenn sie ihre Lieblings- bzw. Meditativmusik vernehmen, da es sie beruhigt und entspannt. Ein weiteres Beispiel wäre, wenn die Familie positive wie

negative Ereignisse auf Zettel schreibt und diese untereinander tauscht und vorliest. Sie reflektieren auf diese Art und Weise mit dem Betroffenen die erlebten Lebensmomente. Das Anbrennen einer Kerze, welche in den Stunden des Sterbens, dem Menschen zur Seite steht, schenkt ihm Wärme und Hoffnung zugleich. Mit jedem Entzünden einer neuen Kerze entstehen positive Gedanken. So existieren weitere Methoden, welche sich persönlich entwickeln können und individuell auf die Person abgestimmt werden. Diese können von der Hilfskraft vorgeschlagen werden und mit Hilfe der Angehörigen und des Menschen im Sterbeprozess variiert werden. Im Vordergrund der Rituale steht das Gemeinschaftsgefühl, das Zusammensein, auch wenn es das letzte Mal sein kann.

5.2.5 Andere Ansätze

Neben den vier von mir ausgesuchten methodischen Ansätzen existiert noch eine Vielzahl von weiteren. Seit ca. 1990 hat sich in Deutschland die tiergestützte Begleitung bei Menschen im Sterbeprozess etabliert. Es gibt drei Richtungen in dieser Methode, welche den Tierbesuchsdienst, die tiergestützte Pädagogik und die tiergestützte Therapie einbezieht. Tierbesuchsdienste werden in der Regel von privaten Tierhaltern realisiert. Diese besuchen die Sterbenden in Altersheimen bzw. Hospizen. Bei diesen Besuchen kommen Hunde, Katzen oder auch Pferde zum Einsatz, je nachdem welche der sterbende Patient noch einmal sehen bzw. berühren möchte. Während des Kranken- bzw. Hospizaufenthaltes kann ein Besuch des eigenen bzw. eines Haustieres lebensverlängernd wirken. So können Angehörige, Nachbarn und Freunde sich einbringen und ihrer Hilflosigkeit entgegen wirken, falls sie ein kontaktfreudiges Haustier besitzen. Somit kann der Betroffene soziale Kontakte ausbauen und thematisiert nicht immer seinen Sterbeprozess. Durch die Anwesenheit des Tieres kommt es zum Dialog zwischen dem Tier und dem Betroffenen, er interagiert mit ihm. Dadurch kann sich der Helfer mit Gesprächen einklinken. In dieser Zeit begegnet der Mensch im Sterbeprozess den positiven Seiten des Lebens, da ein Tier wie ein Kind wirkt und durch seine Verhaltensweisen zum Lachen anregt, was zu einer positiven, ausgeglichenen Stimmung beiträgt. Eine tiergestützte Begleitung ist vor allem dann interessant, wenn der Helfer herausfindet, dass der Betroffene von der Begegnung mit dem Tier profitieren kann. Gegen Lebensende entwickelt der alte, sterbende Mensch das Bedürfnis, vertraute und hilfreiche Menschen um sich zu haben. Es ist nicht selten zu beobachten, dass die Person im Sterbeprozess neue Kontakte ablehnt. Falls dieser jedoch Tiere in seinem Haushalt besaß, so steht er der tiergestützten Begleitung positiv gegenüber und möchte sie nicht missen (vgl.

Burgheim, 2010 – Carola Otterstedt). Zum Weiterlesen empfehle ich das Buch „Tiere als therapeutische Begleiter“ von Carola Otterstedt.

Die Musiktherapie wäre ein weiteres Beispiel für einen methodischen Ansatz in der Sterbebegleitung. Diese ist in Deutschland noch nicht so bekannt. „Wo die Sprache aufhört, fängt die Musik an.“ (E.T.A. Hoffmann). Musik besitzt für den Menschen eine tiefgreifende Wirkung. In der Musiktherapie hat die Musik die Funktion, Gefühle, Erinnerungen und Erfahrungen anzuregen. Die oberste Regel lautet: der Patient führt, der Therapeut folgt. Jede Begleitung ist individuell zu betrachten, da jeder Patient sich anders auf die Situation einlässt und mitarbeitet. In der Musiktherapie hat man die Möglichkeit über die Sprache hinaus, Gefühle wie Trauer und Schmerz zu wecken und sich dessen Ursprung zu nähern. Durch den Klang der Musik wird das Gehirn dazu angeregt, diese Gefühle in eine positive bzw. negative Wirkung einzuordnen. Bei positiver Wirkung kann die Trauer besser losgelassen werden. Die Musiktherapie ist eine gute Möglichkeit mit sterbenden Menschen zu arbeiten, welche sich in der Phase der Depression befinden und nicht reden möchten. Diese werden durch die Musik aktiviert und im besten Fall können Gespräche stattfinden (vgl. Burgheim, 2010 – Ulrike Heinzen).

Weitere Modelle für die Sterbebegleitung bei älteren Menschen sind die Humorbegleitung, in welcher der sterbende Patient zur positiven Stimmung angeregt wird, Märchen in der Begleitung, die in die Kindheit und vor die Zeit der Erkrankung führen oder das heilsame Schreiben, bei dem die negativen Gedanken niedergeschrieben werden, was bei der Entlastung der Seele hilft. (vgl. Burgheim, 2010)

6 Rolle der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung und deren Grenzen

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung ist noch wenig ausgeprägt. Obwohl bereits das Thema „Sterben und Tod“ als ein Gebiet anerkannt wurde, welche Unterstützung benötigt, da sie häufig nicht mehr durch das familiäre Umfeld vorhanden ist. Aus diesem Grund wurde es ein gesellschaftliches Thema. Dies ist jedoch nicht der einzige Grund, denn wie im folgenden Abschnitt beschrieben, weitet sich die Profession Soziale Arbeit in den Handlungsfeldern aus. Mittlerweile ist sie in allen Lebensbereichen vorhanden und es scheint selbstverständlich, dass sie sich auch im Bereich der Sterbebegleitung etabliert.

Das Sterben wird als Krise aufgefasst, in der es Verbindungen zu schwierigen Lebenserfahrungen und -ereignissen und dem Versuch der Bewältigung dessen gibt. Die ressourcen- und die entwicklungsorientierte Perspektive sind Teile des Themas Sterben in der Sozialen Arbeit. Sterbebegleitung heißt für den Helfer, dem alten Menschen im Sterbeprozess im Alltag zu begleiten. Der Begleiter ist dem Begleiteten nahe. Die Sterbebegleitung bedeutet, dass dem todkranken Menschen in seiner letzten Lebensphase Unterstützung geboten wird. Grundsätzlich könnte es zu einer Überprüfung der Verantwortlichkeit Sozialer Arbeit in dem Bereich kommen, da nicht jeder Mensch im Sterbeprozess prinzipiell Hilfe benötigt.

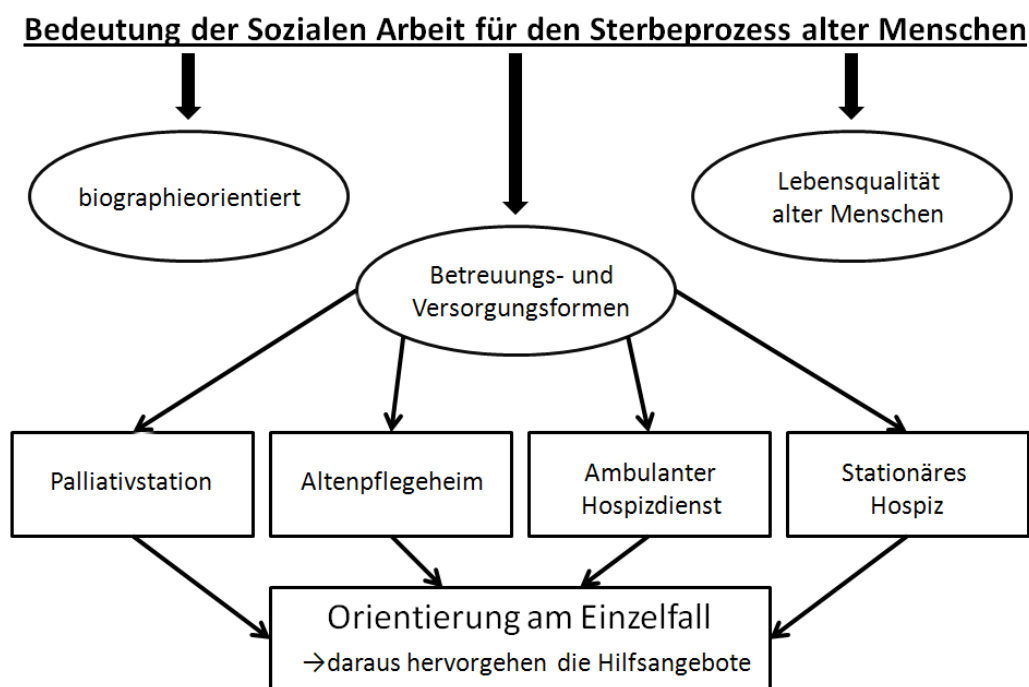


Abb. 4: Bedeutung der Sozialen Arbeit für den Sterbeprozess alter Menschen

Die Bedeutung der Sozialen Arbeit für den alten Menschen im Sterbeprozess hat drei wichtige Grundpfeiler zur Absicherung des würdevollen Umgangs, um die Lebensqualität in der terminalen Phase zu sichern. Dabei handelt es sich um die biographieorientierte Arbeit, die Lebensqualität des alten Menschen und die verschiedenen Betreuungs- und Versorgungsformen der einzelnen Institutionen, welche sich am Einzelfall orientieren (vgl. Abb. 4).

Nach Karusseit kann der Helfer, in dem Fall der Sozialpädagoge, die Grundhaltungen von Offenheit, Verantwortlichkeit und Abschiedlichkeit nicht erlernen, sie sind vielmehr in der persönlichen Haltung verankert (vgl. Karusseit, 1994, S. 133). Diese Grundhaltungen werden erst dann deutlich, wenn eine solidarische Beziehung zwischen dem sterbenden Menschen und dem Helfer entsteht. Dies erkennt man, wenn eine Gleichstellung und Verbindlichkeit gegeben ist.

Wenn man andere Gruppen betrachtet, wie die der ehrenamtlichen Sterbebegleiter, so bemerkt man, dass es keiner direkten Sozialpädagogik bzw. –ausbildung für diesen Bereich benötigt. Weiter- und Fortbildungen sowie Qualifizierungen sind nötig und empfehlenswert, aber der Hauptteil liegt bei der persönlichen Auseinandersetzung mit der Endlichkeit, dem Schmerz und dem Alter. Es ist wichtig, dass diese mit anderen Institutionen zusammenarbeiten, um sich nicht abzugrenzen. Durch Gespräche mit Sterbebegleitern habe ich erfahren, dass der Sozialarbeiter oftmals als Koordinatorin eingesetzt wird. Dieser entscheidet dann, ob der jeweilige Helfer mit dem Sterbenden harmonieren könnte und entscheidet über dessen Einsatz. Ebenso ist er Ansprechpartner bei Fragen. Ein Sozialpädagoge ist für das Gesamtklima bereichernd, da er soziologische und psychologische Aspekte mit einbringt und so Gesamtgefüge bereichert.

6.1 Sterbesolidarität als sozialpädagogische Aufgabe

Solidarität ist die Haltung der Verbundenheit im ethischen Zusammenhang. Das Individuum und die Gruppe besitzen die gleichen Werte an denen sie festhalten und für die sie einstehen. Solidarität schließt auch Freiwilligkeit ein, diese kann man z.B. bei den vielen ehrenamtlichen Sterbebegleitern im Caritasverband Kreis Meißen sehen. Ebenso hat in Deutschland jeder nach Paragraph 12 des Grundgesetzes das Recht, den Beruf frei zu wählen, d.h., dass die Wahl, Sterbegleiter zu werden, eine freie Entscheidung des Individuums ist. In den letzten Jahren kam es zu einer Normalisierung des sozialpädagogischen Handelns in fast allen Feldern. Somit wird die Sozialpädagogik zur Normalpädagogik, da sie in allen Lebensbereichen genutzt wird.

Die Sterbebegleitung ist ebenso ein neuer Bereich, welcher zum großen Teil von Kübler-Ross etabliert wurde. Die lässt sich auch damit erklären, dass viele sterbende Menschen unserer Zeit keinen religiösen Glauben mehr anhängen und stattdessen auf Ärzte, Pflegepersonal und Sterbebegleiter als auf Gott vertrauen. Gerade für dieses Klientel hat der Sozialpädagoge an die Stelle des ehemaligen, glaubensabhängigen Seelsorgers zu treten. Der Sozialpädagoge stellt sich auf die Seite des Mediziners, „[...] weil sich das (sozialpädagogische) Verhältnis zum Klientel vom (naturwissenschaftlichen) Verständnis des Mediziners vom menschlichen Körper und seinen Funktionsweisen unterscheidet“ (siehe Karusseit, 1994).

6.2 Professionelles Selbstverständnis in der Sozialen Arbeit

Das Selbstverständnis von der Sozialpädagogik liegt auf den Hoffnungs- und Zukunftsbildern des Klienten. Die Profession geht davon aus, dass sie Hilfe zur Selbsthilfe leistet und eine Besserung im Sinne des Betroffenen eintritt. Wenn es jedoch um die Thematik von Sterben und Tod geht, dann wird dieses Selbstverständnis von der Sozialpädagogik fragwürdig. Die Soziale Arbeit muss aus diesem Grund eine Neuorientierung der Sinnvorstellung erstellen. Ein neues Konzept muss erarbeitet werden. Ansonsten kann es geschehen, dass der Helfer an Depressionen leiden wird oder sogar einen eventuellen Suizid in Betracht zieht, da das eigene Modell der Hilfeleistung an der Endlichkeit zerbrechen könnte. Es müssen alternative Deutungsmuster gebildet werden. Dieser Problematik kann nur entgegengewirkt werden, wenn die Lebensendlichkeit mit einem Sinn verknüpft wird, d.h. dass das Endlichkeitsbewusstsein mit Sinn besetzt werden muss. „In der Regel wird das Wissen um die individuelle Endlichkeit verknüpft mit symbolischen Sinnwelten“ (siehe Karusseit, 1994). Symbolische Sinnwelten können religiöse Interpretationen zulassen. Atheisten hingegen integrieren den Tod auch in ein symbolisches Sinnsystem, jedoch im Bezug zur Evolution bzw. Revolution. Ein weiteres sozialpädagogisches Selbstverständnis ist der Faktor der Zeit. Die „[...] Zeitlichkeit des Daseins [...]“ (siehe Karusseit, 1994). „[...] (Sozial-)pädagogische [Betreuungs][p]rozesse zeichnen sich durch Temporalität aus“ (siehe Karusseit, 1994). Die Zeit, im Bezug auf das sozialpädagogische Handeln, scheint unendlich verfügbar. Wenn jedoch der Faktor Zeit mit der Endlichkeit des Sterbenden in Berührung tritt, dann wird die Selbstverständlichkeit hinfällig. Aus diesem Grund muss der Aspekt Zeit neu definiert werden (vgl. Karusseit, 1994).

6.3 Sozialpädagogisch verantwortungsvoller Umgang mit dem Sterbenden

Eine sozialpädagogische Aufgabe ist der Umgang mit dem Sterbenden selbst. Der Helfer muss sich bewusst sein, dass seine Bemühungen, den Tod selbst zu erfahren, scheitern, weil der Tod von ihm nicht subjektiv erlebt werden kann. Er weiß zwar, dass er geboren wurde und sterben wird, jedoch kann er seine Geburt sowie seinen Tod nicht erkennen. Somit weiß er nicht, wie diese Endlichkeit gefühlt wird. Empathieversuche scheitern, aufgrund der nicht vorhandenen Erfahrung. Der Tod selbst wird als ein zukunftsloses Erlebnis angesehen. Angesichts des Sterbens eines Anderen wird auch die Handlungsmöglichkeit des Sozialpädagogen eingeengt. Der Erfahrungsmangel der neuen Grenzen versetzt den Menschen in eine schwierige Situation. Aus diesem Grund muss der Sozialpädagoge sich auf die neue Lage einlassen und bereit zur Einsicht sein, dass der Sterbende sterben wird. Erst dann kann der Helfer handeln. Dafür sind die drei Grundhaltungen Offenheit, Verantwortlichkeit und Abschiedlichkeit nach Karusseit von Nöten.

6.4 Auseinandersetzung mit sich selbst und Grenzen

Um sich selbst in der Rolle des Sozialpädagogen in der Berufsrichtung des Sterbebegleiters zu schützen, bedarf es der Selbstreflexion und Selbstpflege. Es gilt der Grundsatz: „Nur wer sich selber pflegt, kann auch andere pflegen!“ (siehe Kulbe, 2008). Es bedarf einen Ausgleich zwischen der beruflichen Belastung und dem persönlichen Bereich, vor allem dann hat man die nötige Motivation als Sterbebegleiter zu arbeiten. Ständig mit der Endlichkeit des Lebens konfrontiert zu werden, benötigt Energie. Durch den täglichen Kontakt mit Leid, Krankheit und Tod werden die eigenen psychischen Ressourcen angetastet. Es ist von großer Bedeutung seine eigenen Grenzen zu kennen, sich mit diesen auseinanderzusetzen und sich schützen zu lernen. Die Gefühls- und die Beziehungsarbeit sind die Grundpfeiler der Sozialen Arbeit in der Sterbebegleitung. Die emotionale Komponente bedeutet, dass der Sterbebegleiter bzw. Helfer bereit ist, Kontakte zu sterbenden Menschen, welche sich in Extremsituationen befinden, zu knüpfen. Der Helfer muss sich mit den Gefühlen des Sterbenden auseinandersetzen und die teilweise vorhandenen Erwartungsbilder, wie Fürsorge, Unterstützung, Zuhören und Zuwendung, soweit es in seiner Macht und Möglichkeit steht zu erfüllen. Im Laufe des Sterbeprozesses setzt häufig der Wille des Ablehnens der Pflegemaßnahmen ein, somit gewinnt die emotionale Pflege an Vordergrund. Wenn man als Pflegender selbst viel Emotionales leisten muss, benötigt man selbst eine Energiequelle um dies kompensieren zu können. Es sollte jedoch

zwischen der beruflichen und der privaten Selbstpflege unterschieden werden. Ebenso sollte man als Helfender überprüfen, was man für sich verändern kann. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsrolle als Sterbebegleiter ist von großer Bedeutung, um zu erkennen, wie weit das Handlungsfeld liegt.

Grenzen der Sterbebegleitung wären z.B. die medizinische Sichtweise auf den Patienten, welche beim Studium nicht vermittelt werden, d.h. die Einschätzung zur Schmerzlinderung kann nur von Medizinerinnen geschehen. Weitere Konflikte für den Sterbebegleiter bzw. Sterbebegleiterin können in der schwierigen Symptomkontrolle des Sterbenden liegen, was bedeutet, dass der Helfer unprofessionell handelt und mitleidet. Das Nähe-Distanz-Verhältnis spielt dabei eine wichtige Rolle. Zu weit weg vom Klienten signalisiert kein Interesse und zu nah bedeutet eine persönliche seelische Belastung. Dies ist menschlich und zum Teil normal. Um dies jedoch teilweise verhindern zu können, ist eine Supervision, eine Fort- bzw. Weiterbildung oder ein Erfahrungsaustausch von Nöten, welche einen seelischen Ausgleich bringen. Der Begleiter braucht demzufolge selbst Begleitung. Nur wer seine eigenen Grenzen kennt, kann richtig helfen. Sonst wird der Helfer zum hilflosen Helfer. Schwächen zugeben, dass man nicht mehr kann und Abstand braucht ist kein Versagen, sondern vielmehr als Stärke zu sehen. Das Schicksal des sterbenden Menschen ist nicht das Schicksal des Sterbebegleiters, demzufolge darf er Grenzen besitzen, da er weiterlebt. Eine weitere Grenze ist die der Begleitung. Die Begleitung endet und es gibt kein Wiedersehen, dies gilt es zu akzeptieren (vgl. Kulbe, 2009).

7 Zusammenfassung

Das Thema von Sterben und Tod gewinnt im Laufe der Zeit immer mehr an Bedeutung für die Gesellschaft, denn das Sterben ist im 21. Jahrhundert keine Privatsache mehr, sondern auch eine Angelegenheit der professionellen Betreuung geworden. Viele ehrenamtliche Sterbebegleiter haben sich bereit erklärt, fremdes Sterben solidarisch auszuhalten und dabei zu helfen. Somit ist das Sterben erneut in die Gesellschaft des Lebens eingebunden.

Die Sterbebegleitung bei alten Menschen benötigt die Zusammenarbeit von professionellen und ehrenamtlichen Personen, welche eine Qualifizierung besitzen müssen. Die Zusammenwirkung ist von großer Bedeutung. Beide Seiten müssen die Kompetenzen erkennen, zulassen und fördern. Die Sterbebegleitung und die Trauerhilfe werden als eine gemeinsame Einheit anerkannt. Es muss für die Patienten erster Klasse, die Sterbenden, und zweiter Klasse, die Angehörigen, Hilfe vorhanden sein. Dies gilt es zu erkennen und zu fördern. Demzufolge muss eine kooperative Zusammenarbeit von Pflegern/Krankenschwestern, Sozialarbeitern, ehrenamtlichen Menschen, Ärzten, Diätassistenten, Psychologen, Geistlichen, Physiotherapeuten, Angehörigen und dem sozialen Umfeld stattfinden. Solch ein multidisziplinäres Team gilt es in Krankenhäusern anzustreben. Im Hospizdienst sind diese Zusammenspiele weitestgehend miteinander verknüpft. Ziel im Hospiz ist es, den sterbenden Menschen zu begleiten, unverzögert und unbeschleunigt, sehr persönlich, schmerzkontrolliert, eventuell spirituell und sozial integriert sterben lassen zu dürfen. Damit dies professionell geschehen kann, benötigt der Helfer ethische, methodische und organisatorische Fähigkeiten. Der Sozialarbeiter muss die Kompetenz der Koordinierung aufweisen und die gegenseitige Transparenz sicherstellen, sowie eine Planung für den Dienst und eine besondere supervisorische Nachbereitung vornehmen, um kooperativ sinnvoll zu agieren.

Der ältere Sterbende hat die gleichen Bedürfnisse und Ängste wie jüngere Menschen im Sterbeprozess, jedoch in einer abgeschwächten Form. Regeln und Raster lassen sich für die Sterbebegleitung nicht erstellen, denn jeder Tod ist individuell zu betrachten. Somit ist es für den Helfer sinnvoll zu wissen, was in einem alten, betroffenen Menschen anders vorgehen könnte, jedoch schließt dies nichts auf seinen Sterbeprozess. Der ältere Mensch nimmt den Tod häufig gefasster auf, denn Gedanken über den Tod sind ihnen nicht unbekannt.

Die Kapitel 5 und 6 befassen sich mit Fragen wie: ‚Wie viel Tod verträgt der Mensch?‘ oder ‚Wie kann man den Sterbenden helfen und fördern?‘. Die Möglichkeiten für Hilfestellungen, Förderungen, Persönlichkeitsentwicklung und -festigung können durch methodische Ansätze praktiziert werden, in welcher der Sterbende in seiner letzten Lebenszeit z.B. die Möglichkeit erhält in der Kunst- bzw. Musiktherapie sich noch einmal zu entfalten zu können. Grenzen entstehen hingegen häufiger auf der Seite des Helfers. Nähe und Distanz, Glaubensfragen, der Umgang mit Halluzinationen, die eigene Motivation, das Burn-out-Syndrom oder Ekel sind wichtige Punkte, welche durch ein Begleiten des Begleiters gelindert bzw. ganz verschwinden können.

Die Profession der Sozialen Arbeit ist in der Sterbebegleitung noch nicht genügend etabliert. Dies kann meiner Meinung nach erst geschehen, wenn in den Bildungseinrichtungen, wie Hochschulen und Universitäten, die Thematik von Sterben und Tod, sowie einen Einblick in die Palliativpflege gegeben wird. Die Bearbeitung dieses Themenkomplexes setzt eine Selbstreflexion voraus, in welcher der auszubildende Sozialarbeiter vorbereitet wird und mit dem Sachverhalt in Berührung kommt.

Sterbebegleitung ist ein wichtiger Schritt in die Gemeinschaft.

I Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ambulante Hospizdienste 2009.....S. 13

Quelle: Patientenschutzorganisation, Deutsche Hospiz Stiftung (2010): HPCV-Studie. Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliativ-Care-Versorgung in Deutschland

Abb. 2: Die Bedürfnispyramide nach Maslow..... S. 14

Quelle: <http://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/aedl-strukturmodell-von-monika-krohwinkel-1.php>; Stand 04.11.2010

Abb.3: Die Bedürfnispyramide sterbender MenschenS. 15

Quelle: http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/04/gruber__schmid__scherlitzko.pdf, Stand 04.11.2010

Abb. 4: Bedeutung der Sozialen Arbeit für den Sterbeprozess alter Menschen...
.....S. 37

Quelle: Lebensqualität in der Terminalphase – Bedeutung in der Sozialen Arbeit im Sterbeprozess alter Menschen. Abschlusspräsentation im Projektmodul ‚Lebensqualität alter Menschen in ambulanten und stationären Versorgungspraxen‘. Sissi Löbel, Elisabeth Löschner, Maria Sembdner, Corinna Weinert

II Quellen

Internetseiten

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport__downloads,templateId=renderPrint.psml__nnn=true, Stand: 09.12.2010

<http://www.dggg-kongress.org/>, Stand: 10.12.2010

<http://www.hospiz.org/cicely.htm>, Stand: 12.12.2010

<http://www.hospize.de/werwirsind.html>, Stand: 13.12.2010

<http://www.monikarenz.ch/de/veroeffentlichungen.php>, Stand: 09.12. 2010

Publikationen

- | | |
|--|---|
| Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: (2002) | Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, S.330 |
| Burgheim, Werner (2010): | Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Band I & II. Merching: Forum Verlag |
| Compact (2008): | Psychologie – Wörterbuch. Allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie. 1. Auflage. München: Compact Verlag |
| Franco, Rest (2006): | Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag |
| Kulbe, Anette (2008): | Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege Sterbender. 1. Auflage. München: Verlag Urban & Fischer |
| Kübler- Ross, Elisabeth (2008): | Interviews mit Sterbenden. 1. Auflage. München: Knauer Taschenbuch |
| Karusseit, Karl Heinz (1994): | Konfrontation der Sozialpädagogik mit dem Sterben und Tod. Band 13. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang |
| Lehr, Ursula (2003): | Psychologie des Alterns. 10. korrigierte Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag GmbH & Co |

- Lehr, Ursula (2006): Psychologie des Alterns. 11. korrigierte Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag GmbH & Co
- Nitzsche, Cathleen (2009): Diplomarbeit: Das „Verschwinden“ des Todes – historische, theoretische & empirische Zugänge aus Soziologie und Arbeitsbereichen der Palliativ- und Hospizarbeit und ihre Bedeutung für Soziale Arbeit. Roßwein: Diplomarbeit
- Otterstedt, Carola (2006): Tiere als therapeutische Begleiter: Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung. 1. Auflage. Stuttgart: Kosmos Verlag
- Patientenschutzorganisation, Deutsche Hospiz Stiftung: (2010) HPCV- Studie. Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliativ-Care-Versorgung in Deutschland
- Renz, Monika (2008): Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung. 3. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag
- Rieber, Dunja (2005): Erkenntnisse der Altersforschung. Sind unsere derzeitigen Altersgrenzen mit den Forschungsergebnissen der Gerontologie vereinbar? Studienarbeit. 1. Auflage. Norderstedt: Grin Verlag.
- Schilling, Anja (2003): Ältere Menschen im Krankenhaus. Sozialarbeiterische Beratung vor dem Hintergrund neuer Entwicklungen im Gesundheitswesen. Kasseler Gerontologische Schriften Band 29. Kassel: Universität Gesamthochschule Kassel
- Sewko, Alina (2009): Sterben und Tod im Alter – gekoppelt an meine Erfahrung. Belegarbeit.
- Student, Christopher (2007): Palliativ- Care: wahrnehmen – verstehen - schützen. 1. Auflage. Stuttgart : Thieme Verlag
- Thierau, Dietrich (1997): Die Rolle von Sozialarbeit in geriatrischen Kliniken. Aachen: Universität Gesamtschule Kassel

Vorlesung

25702 Alter: Häußler-Sczepan & Hille , Stand 07.10.2008

III Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen habe ich nicht benutzt.

Die Arbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Riesa, den 17.01.2011

Unterschrift: